

L'ODONTOLOGIE

PF 92

33e année. Vol. XLIX — N° 1. 15 JANVIER 1913.

L'ODONTOLOGIE

PARAISSANT LE 15 ET LE 30 DE CHAQUE MOIS

ORGANE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE
ET DU GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
(SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS,
SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS)

Dirigée de 1881 à 1896 par Paul Dubois

DIRECTEUR : **CH. GODON,**
Président-directeur de l'École dentaire de Paris.

RÉDACTEUR EN CHEF : **MAURICE ROY,**
Professeur à l'École dentaire de Paris, Dentiste des hôpitaux.

Secrétaire de la Rédaction :
HENRI DREYFUS,
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

Administrateur-Gérant :
V. E. MIÉGEVILLE,
Chef de clinique à l'École dentaire de Paris

RÉDACTION ET ADMINISTRATION
A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE
PARIS-IXe — *Téléphone 223.04*

ABONNEMENT :
FRANCE............ **10 fr.** | UNION POSTALE...... **12 fr.**
Le Numéro : 1 franc.

33e ANNÉE. N° 1. 15 JANVIER 1913 VOL. XLIX

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LE DÉVELOPPEMENT DE L'HYGIÈNE DENTAIRE PUBLIQUE

Rapport à la Commission d'hygiène de la F. D. I., Stockholm 1912.

Par ALBIN LENHARDTSON,
Directeur de la clinique dentaire scolaire municipale de Stockholm,
Secrétaire général de la Commission d'hygiène de la F. D. I.

Depuis la session de Londres en 1911 le mouvement en faveur de l'hygiène dentaire a pris des formes plus nettes dans plusieurs des pays représentés à la H. C. F. D. I. Le nombre des cliniques dentaires scolaires s'est accru, mais cependant pas dans la même proportion que pendant la période précédente. Toutefois, ce qui est le plus important, c'est que les autorités publiques, de la plus haute à la plus basse, ont reconnu davantage la valeur de l'hygiène buccale pour les nations.

Il est peut-être sage de ne pas trop hâter le pas avant d'avoir les renseignements voulus sur l'effet pratique de ces cliniques. Plusieurs difficultés se sont déjà fait jour. Dans certains pays par exemple, les municipalités n'ont pas attaché assez d'importance à la rémunération ; dans d'autres, on a adopté des méthodes de traitement qui ne conviennent pas. En Suède nous avons essayé une solution radicale. L'Association nationale d'hygiène buccale suédoise et la F. D. N. suédoise ont demandé à S. M. la nomination de spécialistes pour étudier le meilleur moyen de réglementer le service dentaire public. C'est jusqu'à présent la proposition la plus digne de remarque faite dans un pays et la presse suédoise l'a fortement appuyée. La seule objection a été faite, chose assez singulière, par le Conseil royal de médecine. Cependant, d'après les dernières informations, il y a toutes les chances que le Gouvernement nomme cette

Commission à l'automne prochain. On ne saurait fournir une meilleure preuve des résultats déjà obtenus en Suède.

Quant aux progrès réalisés dans les autres pays, je ne puis en faire un exposé complet, parce que je n'ai reçu de rapports que de dix d'entre eux représentés à la H. C. F. D. I.

En Allemagne, il existe environ 120 cliniques dentaires scolaires. En Bavière, il s'est formé une Association pour favoriser l'hygiène dentaire scolaire, principalement grâce à l'énergie du Prof. Walkhoff, qui a fait l'éducation du public par des brochures et des articles.

Aux Etats-Unis, il a été fait des efforts surtout pour l'éducation du public. L'intérêt manifesté par les compagnies d'assurance sur la vie pour l'hygiène buccale est aussi considérable. M. Wallin a publié les résultats de l'examen des élèves de l'école Marion, qui ont prouvé que les enfants sont sérieusement retardés dans leurs études par les maladies dentaires et la malpropreté de la bouche.

En Grande-Bretagne, il se fait des progrès constants. Des grandes villes comme Bradford, Norwich, Cambridge et Sheffield, ont des dentistes consacrant tout leur temps aux écoles ; d'autres autorités locales nomment des dentistes qui ne consacrent qu'une partie de leur temps aux écoles, à raison de 25 francs par demi-journée de 3 heures (En Suède la F. D. N. a fixé une rémunération normale de 6 fr. 85 par heure). Londres compte maintenant huit cliniques dentaires scolaires en fonctionnement. Dans quelques districts ruraux, la générosité publique a permis de créer des cliniques dentaires scolaires. La Commission d'enseignement de Birmingham a décidé récemment de nommer cinq chirurgiens-dentistes pour le traitement des enfants des écoles. Dans son rapport annuel, le médecin en chef, président de cette Commission, attache une grande importance à la dentisterie préventive. Il pose quatre principes généraux qui doivent régir la dentisterie scolaire en Angleterre :

1° Toutes les organisations pour chaque région doivent être placées sous la surveillance du médecin scolaire, car le dentiste scolaire doit être rattaché au service médical scolaire;

2° L'inspection et le choix des cas doivent être faits par le dentiste lui-même ;

3° La dentisterie conservatrice — inspection et traitement — ne doit porter que sur les enfants de 6 à 8 ans ;

4° Le traitement dentaire doit toujours être suivi d'une inspection régulière et recommencé, si besoin est.

Il est satisfaisant de constater que la dentisterie scolaire a la sympathie des autorités médicales du Conseil d'enseignement en Angleterre.

En Nouvelle-Zélande un livre remarquable de M. Pickerill sur *La prévention de la carie dentaire et l'asepsie buccale* a obtenu le prix Cartwright du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre. Un chapitre est consacré à l'hygiène dentaire et expose magistralement la question. En Australie, le gouvernement de Queensland a nommé un dentiste inspecteur pour les écoles d'Etat et se propose d'en nommer deux autres.

M. Gabriel Wolf, secrétaire de l'Association autrichienne de dentisterie scolaire, qui reçoit une subvention de 3.150 francs de la municipalité de Vienne et 2.100 francs de l'Etat, a fourni un rapport mentionnant les progrès réalisés en Autriche et annonce que M. Zilz a écrit un traité sur *La tuberculose et la cavité buccale.*

M. Bon, secrétaire de l'Association belge, signale dans son pays un mouvement en faveur de l'hygiène buccale.

En Danemark, le roi Christian a donné son patronage à l'Association danoise, qui publie un journal. Des cliniques scolaires sont établies dans trois villes, et l'examen et le traitement ont été introduits dans deux établissements d'enseignement.

En Finlande, la situation politique a entravé le mouvement. L'Association finlandaise cependant s'occupe principalement de faire l'éducation du peuple.

Le Comité national français s'occupe d'obtenir et d'organiser des inspections semestrielles des dents des enfants des écoles.

En Hollande, la Société hollandaise s'occupe de pro-

pagande pour établir des cliniques dentaires scolaires.

En Italie, M. Guerini a fait d'excellente besogne. En outre de ses articles dans la presse quotidienne, avec son enthousiasme bien connu, il a présenté au Congrès international de la tuberculose à Rome en avril 1912 une excellente communication sur *L'importance de l'hygiène buccale dans la lutte contre la tuberculose*, qui a été reproduit dans plus de cent journaux. La dentisterie scolaire a été introduite à Rome, Milan, Gênes et Turin, cette dernière ville comptant une clinique pour chacun de ses cinq districts.

L'Association norvégienne a reçu une subvention de 1.400 francs de l'Etat et une de 700 francs de la municipalité de Christiania. Elle se propose d'admettre les municipalités comme membres, pour augmenter leur intérêt pour l'hygiène dentaire. Une clinique dentaire scolaire a été établie à Bergen, avec une subvention de 23.800 francs. La Norvège compte 6 cliniques dentaires scolaires urbaines et une rurale.

Un rapport a été reçu de Suisse touchant la clinique dentaire scolaire de Lucerne.

L'Association suédoise a formé trois branches provinciales, présidées par les gouverneurs. Une subvention a été demandée au gouvernement pour publier une brochure à 100.000 exemplaires. Dans 8 ou 10 villes, des cliniques dentaires scolaires sont en projet. La Suède, avec 5.500.000 habitants, compte maintenant 25 de ces cliniques. L'Association se propose de publier un journal en automne. La Commission royale commencera sans doute ses travaux cet automne et s'occupera de la réglementation du service dentaire dans les écoles, l'armée, les hôpitaux, les sanatoriums, les asiles et les prisons, les chemins de fer de l'État, les postes et les douanes ; des subventions gouvernementales pour des conférences publiques sur l'hygiène dentaire ; de la nomination d'un chirurgien-dentiste dans le Conseil royal de médecine, et le service de santé de l'armée. Elle espère aussi obtenir une subvention du gouvernement pour étudier l'étiologie de la carie dentaire ; mais c'est peut-être une question trop théorique pour y insister pour le moment.

UN CAS D'ORTHODONTIE

Par R. Wallis-Davy,
Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie.)

Il s'agit d'une malocclusion mésiale supérieure bi-latérale, compliquée au maxillaire supérieur d'anomalies de nombre et de siège, chez un enfant de 10 ans, qui a été traitée à la clinique de l'Ecole dentaire de Paris.

Voici, d'après les premiers modèles, pris en novembre 1910, comment s'est présenté le cas :

Au maxillaire inférieur, les incisives permanentes sont trop serrées et légèrement en éventail ; la canine temporaire droite est tombée, les autres dents de lait subsistent.

Au maxillaire supérieur, nous remarquons, à gauche de la ligne médiane une incisive volumineuse tenant presque la place d'une centrale et d'une latérale ; à *droite* deux incisives semblables l'une à l'autre (fig. n° 1).

Sur la fig. 1 *bis,* deux incisives un peu plus petites que les précédentes sont disposées en linguo-gression [1] symétriquement à 1 cm environ de la ligne médiane.

Les canines permanentes commencent à évoluer, les deuxièmes molaires temporaires ne sont pas encore tombées.

Le rapport des dents de six ans indique une malocclusion mésiale supérieure.

Lorsque j'ai commencé à m'occuper de ce redressement, deux choses étaient faites :

1° L'expansion de l'arcade inférieure ;

2° L'extraction de la deuxième incisive de droite au maxillaire supérieur.

Il restait donc à corriger les malpositions des dents de l'arcade supérieure et l'occlusion.

1. Terminologie de Frey, G. Villain et R. Lemière. (Voir *Odontologie* du 29 février 1912.)

A gauche la grosse incisive, avec sa crête d'émail sur la face labiale et son sillon sur la face linguale, semble résulter de la fusion de deux follicules. Il fallait donc sacrifier la petite incisive qui faisait double emploi avec une partie de la dent anormale, et renoncer à rétablir l'occlusion parfaite

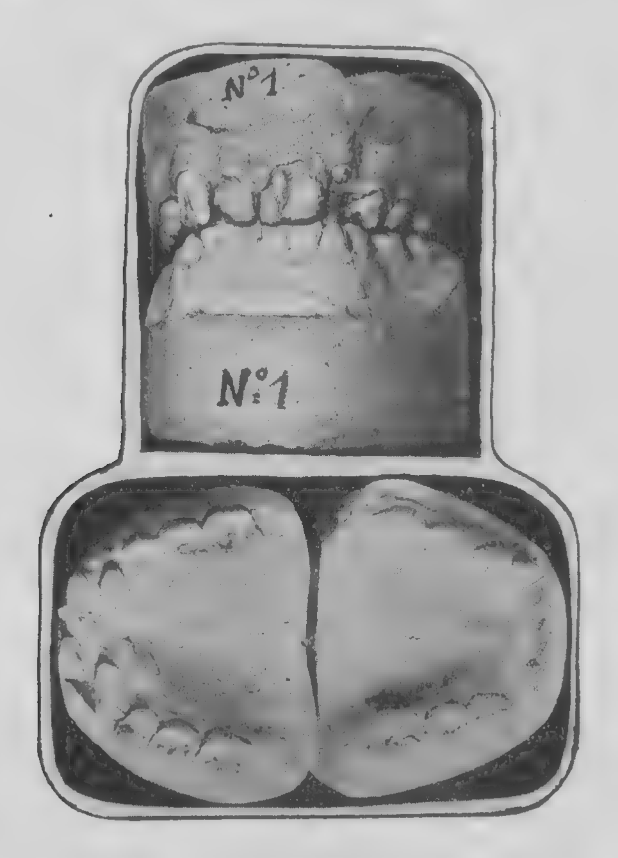


Fig. 1 et 1 *bis*.

de ce côté pour éviter de créer un large diastème entre l'incisive et la canine.

A droite, au contraire, l'incisive en linguo-gression devait être ramenée à la place de la latérale et l'on pouvait rétablir l'occlusion normale.

Voici donc la marche de ce redressement :

1° Expansion de l'arcade inférieure à l'aide d'une vis de

Jack, après l'extraction de la deuxième incisive supérieure de droite.

Pendant la durée de ce traitement, les dents temporaires restantes tombèrent en haut et en bas.

2° Ancrage inter-maxillaire pour obtenir la disto-gression des dents supérieures. Nous avons pris un point d'appui fixe sur le maxillaire inférieur, en ligaturant toutes les dents à l'arc, parce que la physionomie du sujet contre-indiquait la mésio-gression des dents inférieures.

L'expansion nécessaire au niveau des prémolaires et des premières molaires du maxillaire supérieur a été obtenue pendant la correction de l'occlusion.

3° Il restait à ramener la latérale de droite à sa place normale.

Cette dent a été ligaturée à l'arc d'abord par une ligature simple, puis par une ligature double ; cette dernière ligature produisait à la fois la vestibulo-version et la disto-rotation linguale, par conséquent le mouvement nécessaire.

Mais cette ligature glissant, nous avons scellé sur la dent une bague portant un taquet à l'angle distal sur la face labiale et nous avons agi soit par des ligatures, soit par des élastiques.

Pendant cette rotation, l'arc appuyant sur la crête d'émail de l'incisive de gauche, maintenait insuffisamment la centrale, cette dent avait tendance à effectuer une rotation en sens contraire de celle que subissait sa voisine. Elle exagérait donc sa mésio-linguo-rotation naturelle qui, au début du redressement pouvait passer inaperçue. A ce moment (juillet 1912) l'enfant partant en vacances, nous lui avons posé un appareil de maintien malgré l'imperfection des résultats obtenus.

En dehors de l'asymétrie due à l'incisive de gauche et de la légère mésio-linguo-rotation de cette dent, nous observons également la mésio-linguo-rotation de la centrale droite.

De plus, n'ayant agi que sur la couronne de la latérale droite, nous avons encore à corriger une anomalie de ver-

sion corono-radiculaire (vestibulo-version coronaire et linguo-version radiculaire).

Nous voyons que le redressement a été fait comme s'il y avait eu deux dents supplémentaires une à droite : la deuxième incisive, et une à gauche.

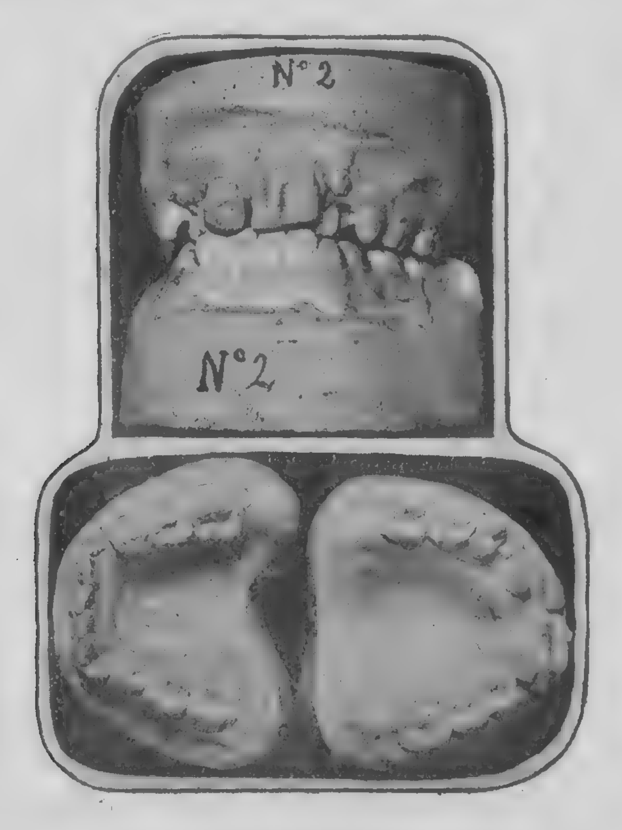


Fig. 2 et 2 *bis*.

De ce côté, nous avons été forcé d'extraire la dent en linguo-gression ; on peut cependant la considérer comme la latérale normale ; le follicule supplémentaire étant alors soudé à la centrale normale pour former la grosse incisive.

On aurait pu émettre une autre hypothèse et faire le redressement autrement.

Nous remarquons, en effet, qu'en dehors de la grosse

incisive de gauche, l'arcade supérieure renferme tous les éléments d'une arcade normale.

Les deux incisives de droite ont une forme symétrique dissimulée, il est vrai, par l'inclinaison semblable de ces dents vers la ligne médiane ; elles nous donnent *les centrales*.

Les deux dents en linguo-gression, de forme et de position symétriques, nous donnent les latérales.

D'autre part, la radiographie de la grosse incisive ne montre qu'un seul canal.

Nous pouvons donc considérer la grosse incisive comme la seule dent anormale et supplémentaire de l'arcade ; elle a pris la place de la centrale gauche, d'où mésio-gression de cette dent et disto-gression de la centrale droite.

Voyons maintenant qu'elle aurait été la marche du redressement après l'extraction de la grosse incisive de gauche :

1° Nous aurions fait l'expansion simultanée des deux arcades et corrigé la malocclusion au moyen de l'ancrage intermaxillaire de Baker.

Pendant ce temps l'alvéole de la dent extraite se serait comblé et nous aurions pu obtenir la disto-gression de la centrale gauche et la mésio-gression de la centrale droite sans danger de les extraire.

Pour produire le mouvement rectiligne de ces dents nous aurions employé le principe appliqué par M. Martinier pour le déplacement rectiligne de deux canines en hétérotopie[1]. Il aurait fallu exercer une traction perpendiculaire au grand axe de la dent en portant le point d'application de la force agissante au point où se trouve le maximum de résistance soit environ 2 mm. au-dessus du collet.

L'appareil aurait donc consisté en une bague ou coiffe munie d'un prolongement scellée sur la centrale gauche ;

2° Une potence, de la hauteur du prolongement, soudée

1. Voir *Laboratoire* du 13 octobre 1907.

à l'arc à gauche de la ligne médiane et un élastique reliant les deux ;

3° La traction de la centrale droite aurait été opérée d'après le même principe.

Les deux latérales auraient servi de point d'appui à l'arc pendant l'expansion ; elles se seraient vraisemblablement trouvées, en palato-version corono-radiculaire comme la latérale de droite en ce moment.

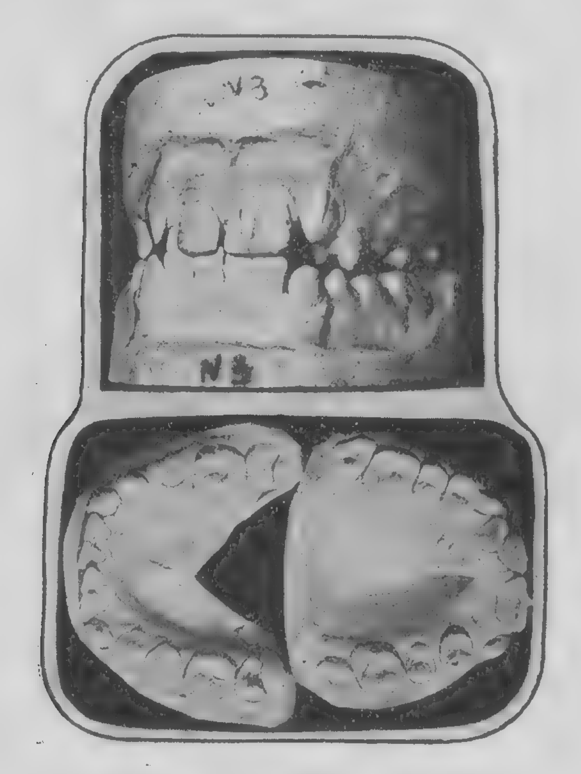


Fig. 3 et 3 *bis*.

Un appareil de Ruppe (décrit dans *L'Odontologie* du 30 avril 1912) nous aurait permis de ramener ces dents dans leur position normale.

Le redressement aurait donc pu être obtenu d'une façon parfaite. Mais il était imprudent de créer par une extraction une place si considérable à la partie antérieure de

l'arcade sans savoir si les circonstances ne forceraient pas à renoncer au redressement.

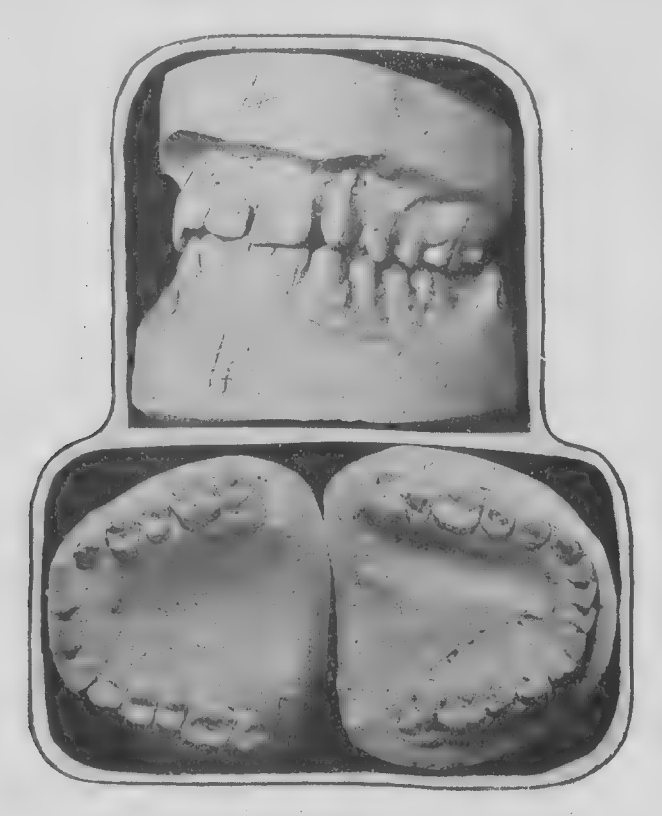


Fig. 4 et 4 *bis*.

Enfin, si le résultat obtenu est imparfait, il faut cependant considérer que la physionomie de l'enfant est avantageusement modifiée.

REVUE DES REVUES

LA BARRE TRANSVERSALE DE SOUTIEN POUR BRIDGES AU POINT DE VUE DES PRESSIONS S'EXERÇANT DANS LA BOUCHE

Par Otto Riechelmann, de Strasbourg.

Si je reviens sur la question de la barre de soutien dans le maxillaire supérieur et le maxillaire inférieur, c'est pour les trois motifs suivants : 1° la valeur de cette barre n'est pas encore assez appréciée ; 2° je désire donner satisfaction à la demande du Comité prussien des cours de perfectionnement et fournir un exposé complet de mon cours de perfectionnement à Francfort ; 3° ce travail sera une réponse à celui de mon confrère Rumpel : *Considérations mécanico-statistiques sur la barre transversale des pièces prothétiques du maxillaire inférieur.* Tout d'abord je propose de remplacer les termes de barre transversale dans les maxillaires supérieur et inférieur par barre de soutien, parce que cette expression désigne mieux la destination et le but de ces barres. Bryan a parlé, si je ne me trompe, d'une surarcade, qui rappelle trop les géants et qui, en outre, ne touche pas au cœur de la question. Le mot barre de soutien est donc plus exact.

Avant d'aborder l'action renforçante de ces barres, il convient de me livrer à des considérations générales sur les couronnes et les bridges et les pressions s'exerçant dans la bouche et d'essayer d'établir une classification des couronnes et des bridges subordonnée à ce point de vue des pressions. Je sais par avance que je vais me heurter à toute une série d'opinions contraires de la part de confrères ; mais je considère comme nécessaire d'entrer plus à fond dans le sujet, dans l'intérêt même de celui-ci.

Il n'est peut-être pas une branche de notre science qui soit jusqu'à présent presque aussi exclusivement que les couronnes et les bridges le résultat des essais et de l'empirisme ; sans quoi on ne pourrait pas expliquer que, d'une part, on constate de beaux résultats quant à la durée chez les patients, et que, d'autre part, on constate de graves insuccès — malheureusement plus souvent — qui nous contraignent à enlever des bridges au bout d'un temps relativement court parce qu'ils ont été confectionnés improprement. Nos fautes et celles des autres doivent nous apprendre à obtenir de meilleurs résultats à l'avenir et non à laisser tomber dans le discrédit les couronnes et les

bridges, car il est souvent très difficile de convaincre, de la valeur d'un bridge rationnel, un patient qui a porté, dans sa bouche, plusieurs années, les bridges les plus variés, et qui a dû les faire enlever au bout de peu de temps parce qu'ils n'étaient pas confectionnés d'une façon rationnelle, en dépensant pour le tout une grosse somme. Chaque constructeur de bridge avait de bonne foi vanté son système comme idéal ; il ne faut donc pas s'étonner si, après cela, le patient n'a plus aucune confiance dans les bridges.

Tout cela prouve la nécessité d'établir des règles générales pour les brigdes et de ne plus les considérer, ainsi qu'on l'a fait jusqu'ici, comme le domaine de quelques spécialistes. Naturellement j'écarte les cas où des fautes grossières dans la préparation des supports ou dans l'exécution ont provoqué l'insuccès et témoigné de l'incapacité du technicien. Toutefois je dois citer la mauvaise habitude d'un grand nombre de confrères qui font faire leurs pièces par des façonniers de remettre uniquement à ceux-ci une empreinte de plâtre ou de stents de la bouche non préparée et qui exigent qu'ils leur livrent ensuite le bridge tout prêt. Il est clair que des bridges de ce genre doivent provoquer le discrédit et que ces confrères nuisent gravement à la profession.

En dehors de ces cas, on peut constater deux fautes souvent commises : 1° la conservation d'une pulpe vivante et d'une couronne saine du pilier nécessaire pour le bridge, par suite, l'insuffisance du meulage des supports du bridge ; la perforation du couvercle de la couronne, l'écartement des bagues de la couronne au collet et ensuite la carie avec ses conséquences. Souvent le patient en est la cause, parce qu'il ne permet pas de sacrifier la couronne de sa dent, d'où résulte un bridge de complaisance, parce que le dentiste fait souvent des concessions contre sa volonté, ce qui a pour effet de compromettre dès le début la durée du bridge. Si je ne réussis pas à amener le patient à mon opinion, je renonce plutôt complètement à la confection d'un pont que de confectionner contre ma conviction un bridge de ce genre qui ne pourrait satisfaire ni lui ni moi. La plupart du temps, le patient a une mauvaise mémoire si, en cas d'insuccès, on lui fait remarquer qu'on a appelé spécialement son attention auparavant sur cette éventualité en raison de son refus antérieur ;

2° La négligence des lois de la mastication en ce qui concerne la charge et la force des piliers. S'il est nécessaire que notre empirisme repose sur une base scientifique, c'est surtout quand il s'agit des questions de pression dans la bouche pour l'emploi des ponts, car on ne commet nulle part autant de fautes que dans cette partie spéciale.

Il y a à cet égard un champ très vaste où la science a besoin d'intervenir, car, dans une série de questions, nous allons à tâtons. Certes il a paru dans les dernières années des travaux importants sur la force

masticatoire ; je citerai ceux de Godon (Paris) : *Considérations sur l'action mécanique de la mâchoire et son application en dentisterie pratique.*

Dans ses parallélogrammes et ses polygones des forces, Godon montre d'une façon dont on doit lui savoir gré les lois de l'équilibre des forces dans la mastication en occlusion normale, ainsi que les changements pathologiques qui doivent survenir en cas de trouble de cet équilibre. Quelque pleines d'intérêt et quelque précieuses que soient ses explications, elles ne tiennent pas suffisamment compte de la pression masticante latérale, c'est-à-dire linguo-labiale et vice-versa ou dans le sens linguo-vestibulaire (suivant l'expression de Godon) qui est de la plus haute importance pour toute espèce de pièce de prothèse, car c'est précisément l'annulation de l'action nuisible de la force masticante latérale qu'on doit chercher à obtenir dans les bridges par l'emploi de mesures appropriées. Dans quelle mesure la pression des joues et de la langue doit-elle entrer en ligne de compte à cet égard ? C'est là un point secondaire, car cette pression ne peut être que minime comparativement à la pression masticante, puisque les muscles buccaux n'ont, d'après Weber, pour une section transversale totale de 40 c. q. qu'une tension de 400 kil.

Les explications de Godon (*Zahn. Zeits. für Orthop.* nov. 1907 et *Odontologie*, 15 février 1906) sont si intéressantes que je tiens à reproduire les lois de l'équilibre articulaire des dents dans l'arcade dentaire en même temps que les figures dont il a eu la grande amabilité de me prêter les clichés.

« La figure 1 représente la partie des arcades dentaires que nous avons prise comme point de repère dans notre communication, c'est-à-dire les premières molaires inférieure et supérieure en état d'occlusion avec leurs articulations dentaires normales, la légère séparation entre les surfaces occlusales n'existant que pour la clarté de la figure.

» Pour démontrer que la première molaire inférieure prise comme exemple est en état d'équilibre parfait, on construit avec les forces qui concourent à cet équilibre une série de parallélogrammes et l'on obtient les résultantes qui sont les diagonales de ces parallélogrammes.

» C'est ainsi que les lignes C'O' et D'O', qui représentent les forces qui agissent sur les faces mésiales et distales de la partie radiculaire de la dent, permettent de construire le parallélogramme AC'OD'A, dont la diagonale AO est la résultante des forces agissant sur la partie radiculaire tout entière de la dent.

» De même, les lignes B'O et B''O, représentant les forces qui agissent sur la face occlusale de la dent, permettent de construire le parallélogramme BB'OB''B, dont la diagonale est BO, résultante des forces qui agissent sur la partie occlusale de la dent ou articulation inter-arcade dentaire ; ces deux résultantes opposées AO et BO s'annulent.

» De même, si l'on considère les forces qui agissent sur les faces

proximales des dents B'O, C'O et B''O, D'O, on peut de la même façon construire les deux parallélogrammes CB'OC'C et DB''OD'D, dont les diagonales CO et DO sont les résultantes des forces agissant sur les faces proximales.

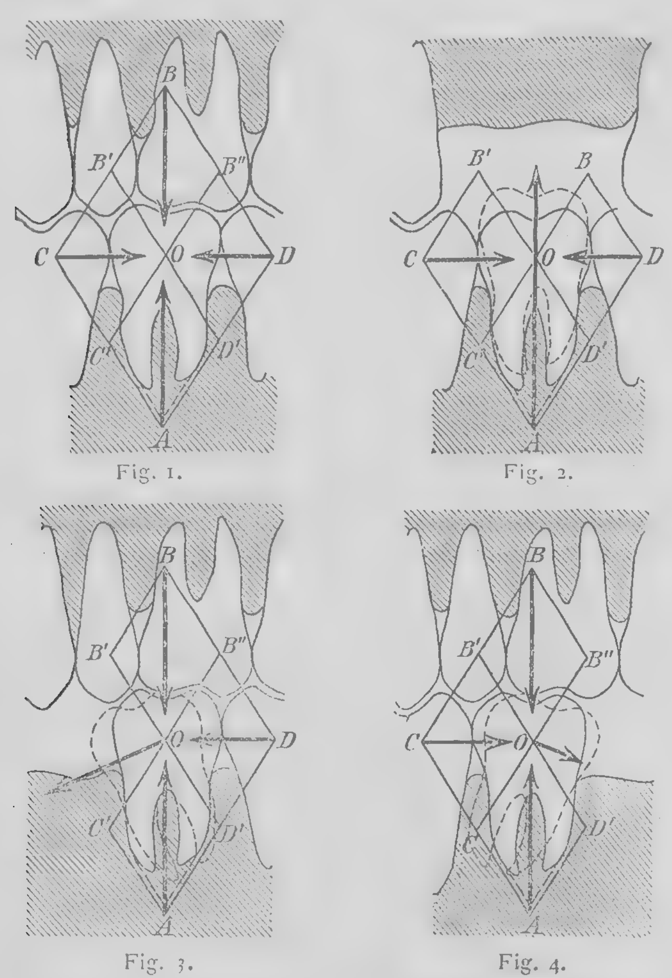


Fig. 1. Fig. 2.

Fig. 3. Fig. 4.

» Ainsi donc les forces diverses qui agissent sur les différentes faces de la dent considérée dans le sens mésio-distal peuvent être ramenées aux quatre résultantes AO, BO, CO, DO, qui sont les diagonales du parallélogramme ACBD, lequel forme un polygone fermé. Toutes ces résultantes s'annulent et le corps est en équilibre parfait (V. fig. 1).

» Si maintenant nous supposons que les deux dents qui constituent l'articulation inter-arcade dentaire de la dent ont disparu partiellement par suite des caries ou totalement par extraction et qu'ainsi les forces qui s'appliquaient à la face occlusale n'existent plus, le polygone ACBD est ouvert en B'O'B'' et l'équilibre est rompu, car la résultante des

forces en présence est la diagonale AO ; la dent est poussée dans le sens AO (V. fig. 2).

» Nous pouvons considérer un autre cas dans lequel la dent qui s'applique sur la face mésiale a disparu partiellement par carie, reconstitution incomplète ou totalement par extraction.

» Les forces qui s'appliquaient à la face mésiale n'existent plus, le polygone ACBD est ouvert en B'OC' et l'équilibre est rompu du côté mésial, car la résultante des forces en présence est la diagonale DO prolongée ; la dent pivote alors autour de la partie mésiale de l'articulation alvéolo-dentaire servant de point d'appui (V. fig. 3).

» Enfin nous pouvons considérer un troisième cas dans lequel la dent qui s'applique sur la face distale a disparu dans les mêmes conditions.

» Les forces qui s'appliquent à la face distale n'existent plus. La polygone ACBD est ouvert en B''OD' et l'équilibre est rompu du côté distal, car la résultante des forces en présence est la diagonale CO prolongée ; la dent pivote alors autour de la partie distale de l'articulation alvéolo-dentaire qui subsiste et forme point d'appui (V. fig. 4). »

Il faut citer ensuite les travaux méritants de Gysi et d'Eltner sur le problème de l'articulation et les mouvements de l'articulation du maxillaire. Car il y a une grande différence pour la charge des piliers d'un pont si l'occlusion peut se faire sans obstacle avec une articulation exacte ou si elle rencontre de la résistance. Dans ce dernier cas, nous pouvons toujours déterminer le dommage qui en résultera à

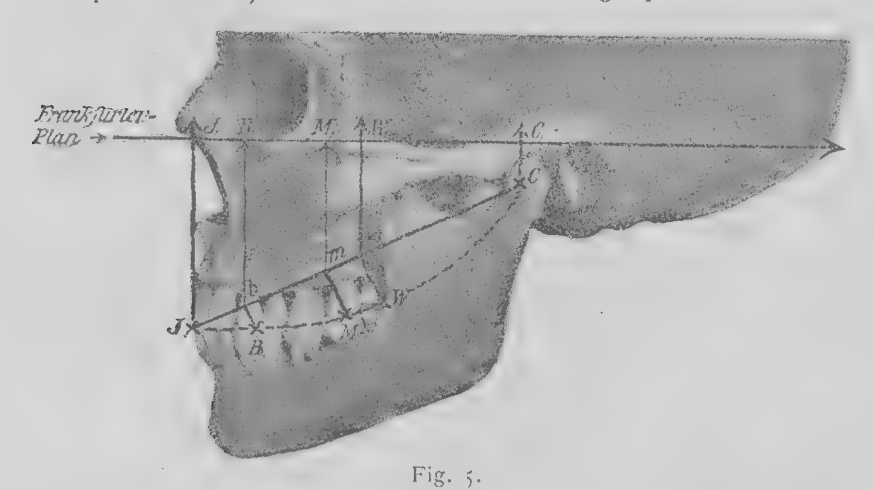


Fig. 5.

Le *plan de Francfort* correspond à une ligne fictive allant du bord orbitaire inférieur au bord supérieur du méat et sur laquelle se projettent les dents (incisives, première bicuspide, dent de sagesse).

divers symptômes. En outre, pour les bridges à piliers insuffisants, il est très important que dans les déplacements de l'occlusion, ainsi que pour la mastication, il y ait toujours trois points de fixation, deux à

l'arrière et un à l'avant dans le plan vertical de pression, parce que la composante horizontale est affaiblie dans son effet nuisible.

Il faut citer, en outre, Karolyi et Loos, de Vienne ; ce dernier a écrit : La corrélation entre l'articulation dentaire et l'articulation du maxillaire ; Wiesner : Action de l'énergie mécanique sur les dents, et autres travaux méritoires.

A mentionner également le remarquable travail d'Eckermann sur le rôle pysiologique de la force des mâchoires et son mesurage. Eckermann a imaginé un gnathodynamomètre basé, non pas sur la force développée par l'action simultanée des maxillaires, quand ils mordent, mais sur la force nécessaire pour desserrer les maxillaires rapprochés fortement. Comme le maxillaire inférieur est un levier à un seul bras, les mensurations faites d'après le *plan de Francfort* ont donné comme résultat que le levier à partir de l'articulation du maxillaire jusqu'à la dent de sagesse a la moitié de la longueur du levier depuis l'articulation jusqu'à l'incisive (fig. 5 et 6). Comme la force est en raison inverse de la longueur du levier, la force agissant à la dent de sagesse est le double de celle agissant aux incisives. Cette proportion, établie par des mesurages, étant constante dans tous les crânes humains, on peut formuler la loi gnathodynamométrique suivante :

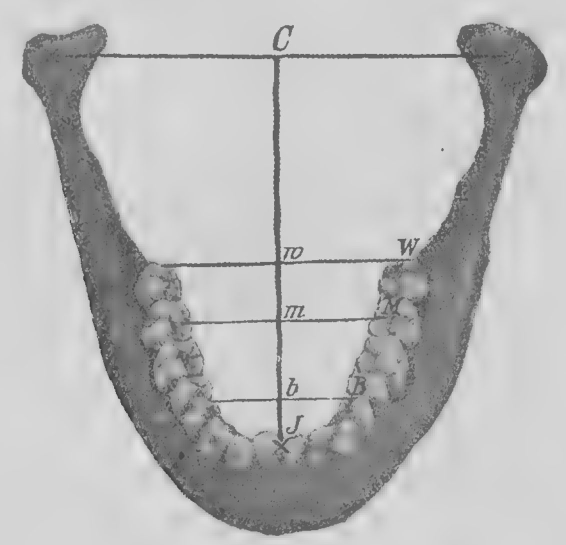


Fig. 6.

La même proportion dans le maxillaire inférieur vue en perspective.

La pression de la mastication à la dent de sagesse dans l'occlusion normale est double de celle s'exerçant aux incisives.

Les valeurs trouvées par Eckermann à la suite d'une série de

mesurages ont donné : incisives des hommes, force de 25 à 40 kil ; incisives des femmes, 20 à 30 kil ; pour la dent de sagesse, le double. Quoique l'examen des 200 cas auquel il s'est livré ne suffise pas, comme Eckermann le reconnaît lui-même, à établir des valeurs définitives, il nous permet néanmoins de nous faire une idée approximative de la force de la pression de mastication. Je considère le résultat des mensurations d'Eckermann comme beaucoup plus vraisemblable que celle de Black et d'autres et je suis persuadé que le gnathodynamomètre d'Eckermann, en raison de sa simplicité, de l'absence de ressorts, donne des résultats moins exposés à la critique, sans être momentanément en mesure de les vérifier.

Il est clair que la connaissance de la valeur des forces de pression a une très grande importance pour toute notre prothèse, notamment pour le bridge. Si nous prenons pour ce dernier une comparaison tirée de la nature, la construction d'un pont sur une rivière ou un fossé, il ne suffit pas de savoir ce que sera la charge du pont. En outre de la charge maxima et de la tension du pont, l'ingénieur doit connaître le poids que peuvent supporter les piles et la force des fondations, c'est-à-dire la solidité relative des racines et de leurs antagonistes dans le maxillaire, et mettre en harmonie, par des nombres, ces divers éléments. Il a par rapport à nous le grand avantage de pouvoir fortifier ses piles et ses fondations, ce que nous ne pouvons faire dans la bouche, car nous en sommes réduits à la résistance relative des piliers et des mâchoires.

Comme données sur la solidité relative nous avons : 1° la structure anatomique des racines et du maxillaire ; 2° la force des fibres de tissu conjonctif de la membrane radiculaire ; 3° la pression atmosphérique extérieure ; 4° la relation entre le diamètre et la longueur des racines. La vue peut nous donner sur la structure anatomique une idée approchée, qui peut être complétée par la radiographie ; la pression atmosphérique intérieure nous est connue ; la relation entre le diamètre et la longueur des racines peut être fixée par des mesurages, car le sondage donne la longueur du canal radiculaire et en cas de doute la radioscopie tranche la difficulté. Le diamètre ou le rayon des racines est donné au moyen de mes anneaux à mesurer, puis on calcule le rapport entre le diamètre et la longueur des racines. Mais nous ne savons pas la force que représente l'insertion en tissu conjonctif du périodonte, bien qu'elle soit très importante pour la solidité relative des dents et racines.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

La Société d'Odontologie a tenu sa réunion mensuelle le 7 janvier. Deux communications fort intéressantes, qui seront publiées ultérieurement, ont été faites par MM. Dreyfus et Gernez.

M. Dreyfus a présenté une observation très concluante d'un cas de gastrite septique d'origine buccale. Il a profité de cet exemple pour faire la pathogénie de cette affection.

M. Gernez a exposé un procédé opératoire, qui lui est personnel, dans les cas d'ankylose de l'articulation temporo-maxillaire. Ce procédé est une application fort ingénieuse des idées modernes sur le traitement des ankyloses.

Ces deux communications ont été très applaudies.

R. L.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance de décembre.

DES PROTHÈSES SUR RACINES INFECTÉES.

M. Siffre, à propos d'une observation d'accidents infectieux survenus sur une racine supportant une dent à pivot et ayant eu pour le malade des conséquences fâcheuses non seulement physiquement mais encore au point de vue social, attire l'attention des confrères sur la nécessité qu'il y a de bien pratiquer la désinfection des canaux dans les cas de quatrième degré et en particulier lorsque les dites racines doivent supporter des prothèses.

P. VANEL.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance de décembre 1912.

I. — DES 4 TYPES MORPHOLOGIQUES HUMAINS.

M. Thooris, médecin-major fait un exposé, avec présentation de sujets vivants, de la valeur biologique de l'être humain et des 4 types morphologiques que l'on trouve très bien différenciés dans l'espèce humaine. Tout d'abord les anthropologistes, les médecins militaires

et tous ceux que la question intéressait, ont représenté la valeur biologique de l'individu par des chiffres à l'aide de mensurations. Mais on a pas tardé à constater que toutes les observations ainsi faites sont plus ou moins erronées, et c'est à la clinique que l'on est revenu. Si, schématiquement, on représente l'être par cinq cellules, une centrale cardio-rénale et quatre périphériques l'entourant, une respiratoire, une musculaire, une digestive et une cérébrale, on ne tarde pas à constater que dans tout l'être l'une de ces fonctions se développe plus que toutes autres, prédomine et donne à la constitution même du sujet un type défini.

On distingue donc quatre types morphologiques :

Le type respiratoire caractérisé par un thorax long, une tête losangique par suite du développement de l'étage moyen : une prédominance du tronc et du système respiratoire très nette par rapport à l'ensemble du corps. Si l'on veut résumer d'un mot le type, on peut dire qu'à la palpation du corps tout est en os.

Le type digestif est caractérisé par un thorax petit, une prédominance du ventre, tout est mou. La tête s'élargit à la partie inférieure. Ces deux types, respiratoire et digestif, sont caractéristiques de la vie végétative.

Le type musculaire présente un tronc peu développé en rapport de la masse des membres. La tête est rectangulaire, le regard vif ; net.

Le type cérébral est caractérisé par une disproportion entre le développement de la tête et du corps. Tête pyramidale à sommet inférieur. Ces deux derniers types sont caractéristiques de la vie de relation.

Enfin il existe un type a morphologie variable, le plus fréquent, représenté surtout par les ruraux et sans aucune adaption spéciale ni caractéristique.

II. — Coefficient biologique dentaire.

M. P. Robin présente sa méthode pour établir les différents coefficients biologiques dentaires : esthétique, mécanique ou masticatoire, pathologique.

Pour établir le cœfficient biologique masticatoire on représente sur deux lignes, en se servant de la notation ordinaire, la bouche humaine :

Dr. S. 8 7 6 5 4 3 2 1 — 1 2 3 4 5 6 7 8 g. s.
Dr. I. 8 7 6 5 4 3 2 1 — 1 2 3 4 5 6 7 8 g. I.

la somme totale de ces chiffres donne le nombre 144 [32] qui est le cœfficient biologique masticatoire parfait.

Pour établir le coefficient masticatoire de tout individu il suffit de

rayer sur un tel schéma les dents absentes, ainsi que leurs antagonistes ; on obtient alors pour chaque côté de la mâchoire un nombre qui représente la valeur masticatoire de la mâchoire avec le nombre de dents fonctionnant, correspondantes.

De même le coefficient esthétique s'obtient pareillement mais en disposant la valeur des dents en sens contraire :

Dr. S. 1 2 3 4 5 6 7 8 — 8 7 6 5 4 3 2 1 gs.
Dr. S. 1 2 3 4 5 6 7 8 — 8 7 6 5 4 3 2 1 gI.

Il est facile de voir qu'ainsi le coefficient masticatoire et le cœfficient esthétique seront de valeur inverse.

Le cœfficient pathologique s'obtient en mettant entre deux lignes la numération ordinaire et en plaçant sur la ligne au-dessus et au-dessous de chaque dent atteinte de carie, le degré de cette carie notée par un des chiffres 1 2 3 4 correspondant au degré de cette carie et suivant la mâchoire.

Ds 4° 1° 3° gs
6 5 4 3 2 1 — 1 2 3 4 5 6 7 8
DI 3° 2° gI

Ces coefficients peuvent rendre de grands services dans l'établissement des fiches de l'armée et des écoles.

P. Vanel.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

RÈGLEMENT

des examens fédéraux pour les médecins, les dentistes, les pharmaciens et les vétérinaires.

(du 29 décembre 1912).

Nous empruntons au Recueil des lois fédérales *de Suisse (n° 32, 11 décembre 1912) ce règlement, que nous croyons de nature à intéresser nos lecteurs ; mais nous ne reproduisons que les dispositions générales ou les articles spéciaux aux dentistes.*

I. — Organisation des examens.

Art. 1er. — Les examens ont lieu dans les localités désignées à l'art. 5 de la loi du 19 décembre 1877, ainsi qu'à Fribourg et Neuchâtel, savoir :

Les *examens de sciences naturelles* pour les médecins, les dentistes, les vétérinaires et les pharmaciens à Bâle, Berne, Genève, Lausanne et Zurich.

Les *autres examens pour les médecins, les dentistes* et *les pharmaciens*, à Bâle, Berne, Genève, Lausanne et Zurich.

Les *autres examens pour les vétérinaires* à Berne et Zurich.

Art. 2. — Les *autorités* instituées en vue de ces examens sont :

a) Un comité-directeur ;

b) Des commissions d'examen pour chaque siège.

Art. 3. — Le *comité-directeur* est nommé tous les quatre ans par le Conseil fédéral, sur la proposition du département de l'intérieur.

Les membres du comité-directeur sont choisis dans les sièges d'examens possédant une faculté de médecine complète, à raison d'un membre par siège. Chacun des membres du comité dirige en qualité de *président local* tous les examens qui ont lieu à son siège.

Chacun des présidents locaux a un suppléant, nommé sur sa proposition, habitant la même localité que lui, et chargé de le remplacer dans toutes ses fonctions.

Les sièges d'examens qui ne possèdent pas une faculté de médecine complète ont chacun un *vice-président*, et sont placés sous la direction du président local d'un autre siège, qui est leur représentant au sein du comité-directeur.

Art. 4. — Le comité-directeur contrôle les examens et veille à ce qu'ils se fassent conformément au règlement et suivant une procédure uniforme. Il vérifie les pièces et certificats présentés par les

candidats, décide dans les limites de sa compétence sur les demandes qui lui parviennent et donne son préavis sur les questions qui lui sont soumises par les autorités fédérales. Il présente chaque année un rapport au Conseil fédéral. Il remplit en un mot toutes les fonctions que lui confère le présent règlement.

Art. 5. — Les professions qui ne sont pas représentées dans le sein du comité-directeur par un des membres de celui-ci ont droit à un représentant, faisant partie de ce comité en qualité de *membre extraordinaire*. Les membres extraordinaires sont nommés par le Conseil fédéral, sur la proposition du département de l'intérieur.

Les membres extraordinaires prennent part, avec voix consultative seulement, aux discussions sur les affaires qui intéressent leur profession respective.

Art. 6. — Le comité-directeur tient ses séances à Berne.

Tout membre empêché d'assister à la séance doit être remplacé, si faire se peut, par son suppléant. Pour être valables, les décisions du comité-directeur doivent réunir la majorité des voix des membres ou suppléants présents.

Le directeur du service sanitaire fédéral assiste aux séances du comité-directeur avec voix consultative. Il doit être avisé en temps utile de la date des séances et des objets à l'ordre du jour.

Art. 7. — Le *président* du comité-directeur est nommé par le Conseil fédéral. Le vice-président est désigné par le comité-directeur lui-même.

Le président dirige les séances du comité ; il veille à ce que les commissions d'examen des divers sièges s'acquittent de leurs fonctions régulièrement et d'après une procédure uniforme. En cas d'urgence, il décide sur les cas douteux et tranche les réclamations soumises au comité-directeur, sous réserve du droit de recours prévu par le présent règlement.

Le président vote, aussi bien dans les délibérations par circulaire que dans les séances, et départage les voix en cas d'égalité.

En cas d'absence ou d'empêchement du président, le vice-président le remplace dans toutes ses fonctions.

Art. 8. — Les attributions du *président local* sont les suivantes :

Il reçoit les instructions des candidats, décide de leur admission aux examens et, dans les cas douteux, en réfère au président du comité-directeur.

Il dirige les examens et prend toutes les mesures qui lui paraissent nécessaires pour en assurer la bonne marche ; il préside les épreuves orales ; il veille à l'établissement des procès-verbaux des examens, les expédie sans délai au président du comité-directeur après clôture de chaque série d'examens, et fait au service sanitaire fédéral les communications prescrites par le règlement. Il tient un

registre alphabétique des candidats qui ont échoué dans les divers sièges d'examens.

Il rend compte au président du comité-directeur, toutes les fois que celui-ci le lui demande, des décisions prises par lui et le renseigne, d'une manière genérale, sur toutes les questions en rapport avec ses fonctions.

Sa correspondance officielle avec les autres membres du comité-directeur, avec les membres du comité d'examen et avec le département fédéral de l'intérieur a seule le bénéfice de la franchise de port, à l'exclusion de celle qu'il entretient avec les candidats ou toute autre personne qui s'adresserait à lui.

Art. 9. — Lorsque le président local est empêché de remplir ses fonctions pendant la durée d'une session d'examens ou pendant la plus grande partie de celle-ci, et se trouve obligé par conséquent de se faire remplacer par son suppléant, il doit en aviser le président du comité-directeur.

Art. 10. — Les *vice-présidents* mentionnés à l'alinéa 4 de l'art. 3 expédient les affaires de leur ressort comme le ferait un président local.

Art. 14. — Il est créé dans chaque siège des commissions spéciales pour chacun des groupes d'examens (médecins, dentistes, pharmaciens et vétérinaires) qui peuvent y être passés. Ces commissions doivent comprendre un nombre d'examinateurs correspondant aux besoins de chaque siège.

Il sera désigné en outre des suppléants en nombre suffisant.

Art. 15. — Les commissions d'examen sont composées de professeurs des hautes écoles de la Suisse et de praticiens diplômés. Elles sont nommées pour quatre ans par le Conseil fédéral sur la proposition du comité-directeur.

Tout membre d'une commission d'examen qui renonce à son enseignement dans une école de la Suisse cesse par là même de faire partie de cette commission.

Art. 16. — Les examinateurs sont tenus d'examiner tous les candidats admis par un président local.

Toute réclamation au sujet de décisions prises à cet égard par un président local doit être adressée au président du comité-directeur, qui la transmettra au département fédéral de l'intérieur.

Art. 17. — Les séances des commissions d'examen sont présidées par le président local ou par son suppléant. Le président ne peut voter que lorsqu'il s'agit de départager les voix.

Le président local répartit les diverses branches d'examen entre les membres de la commission, après entente avec ceux-ci.

Art. 18. — Dans chaque siège d'examens, le comité-directeur désigne un des membres de chacune des commissions pour remplir les fonctions d'*examinateur-dirigeant*, chargé de pourvoir aux mesures

nécessitées par les examens pratiques (locaux, convocation des examinateurs, contrôle des quittances, envoi des procès-verbaux et des travaux écrits au président local).

Le président local peut remplir les fonctions d'examinateur-dirigeant.

II. — Dispositions générales.

Art. 20. — Le comité-directeur publie chaque année un tableau des examens indiquant les dates fixées pour les inscriptions, ainsi que les conditions d'admission.

Les présidents locaux font afficher ces tableaux dans les locaux universitaires et en remettent un exemplaire à chacun des membres des commissions d'examen.

Art. 21. — Les séances d'examens sont publiques, pour autant du moins que les circonstances le permettent, pour les membres des autorités scolaires, pour les professeurs des universités, de l'Ecole polytechnique fédérale et des écoles spéciales, pour les médecins, les dentistes, les pharmaciens, les vétérinaires, et pour les étudiants des facultés ou des écoles correspondantes.

Art. 22. — Les candidats qui veulent subir un examen doivent en faire la demande par écrit au président du siège où ils désirent se présenter. Ils doivent, à cet effet, remplir entièrement le formulaire d'inscription.

En s'inscrivant, le candidat paie au président local une taxe d'inscription, dont le montant ne lui sera rendu dans aucun cas.

La demande d'admission doit être accompagnée des certificats et attestations exigés par le présent règlement. Ces pièces sont gardées par le président local jusqu'à la fin de l'examen.

Les Suisses porteurs de certificats étrangers et les étrangers doivent adresser directement leur demande, accompagnée d'un *curriculum vitæ*, au président du comité-directeur, un mois au moins avant l'expiration du délai d'inscription fixé pour l'examen auquel ils veulent se présenter.

Une fois admis par le comité-directeur, les candidats mentionnés au parag. précédent n'ont plus qu'à s'inscrire auprès d'un président local.

Art. 23. — Le comité-directeur se réserve de prendre les dispositions nécessaires dans les cas où le nombre des candidats annoncés pour une même session d'examens serait trop grand et dans ceux où des conflits imprévus viendraient à surgir.

Art. 24. — Les certificats de maturité sont appréciés conformément aux dispositions du *Règlement des examens de maturité pour les candidats aux professions médicales*, du 6 juillet 1906.

Art. 25. — Les cours suivis et les travaux faits avant l'obtention

d'un certificat complet de maturité et, le cas échéant, avant l'examen complémentaire de maturité ne sont pas admis comme valables.

Il n'est fait exception à cette règle que pour les élèves porteurs d'un certificat de maturité délivré par une école donnant accès à l'Ecole polytechnique fédérale, et qui doivent, pour être admis aux examens fédéraux de médecine passer un examen complémentaire de latin dans le délai de deux ans prévu par le règlement des examens fédéraux de maturité.

Dans tous les autres cas, le département de l'intérieur est seul compétent pour décider, après avoir pris l'avis du comité-directeur, s'il peut être fait exception à la règle.

Art. 26. — Le semestre pendant lequel l'examen a lieu n'est compté que si les trois quarts au moins en sont écoulés au moment du début officiel de l'examen.

Sont seuls valables les cours et travaux pratiques suivis dans les hautes écoles d'Etat. Dans les cas douteux, c'est le comité-directeur qui décide, après avoir demandé l'avis de personnes compétentes.

Les répétitions et les cours de vacances ne sont pas valables.

Les cours et les travaux pratiques obligatoires doivent être inscrits dans les livrets d'étudiant sous les noms indiqués dans le présent règlement.

Art. 27. — Lorsqu'un président local déclare insuffisants les certificats présentés par un candidat et refuse de l'admettre aux examens, le candidat peut recourir au comité-directeur et, en dernier ressort, au département fédéral de l'intérieur.

Un candidat dont l'admission a été refusée dans un siège d'examens n'a pas le droit de s'inscrire auprès du président d'un autre siège, à moins qu'une décision du comité-directeur ou du département fédéral de l'intérieur ne soit intervenue en sa faveur. S'il arrivait cependant qu'un candidat réussît à se faire admettre à un examen, en contrevenant à la disposition ci-dessus, le comité-directeur pourra suspendre les épreuves et, le cas échéant, les annuler et fixer un délai pendant lequel le candidat ne sera pas admis aux examens.

Les cas de refus d'admission d'un candidat doivent être communiqués par le service sanitaire fédéral à tous les présidents locaux.

Art. 28. — Le président local remet au candidat admis à subir un examen un *certificat d'admission* et l'invite à verser avant l'examen au service sanitaire fédéral, par le moyen d'un chèque postal, le montant de la taxe réglementaire.

Art. 29. — Les examens se divisent en examens pratiques (y compris les travaux écrits) et en examens oraux.

Art. 30. — Dans les épreuves pratiques, trois candidats au moins devront, en règle générale, être examinés dans la même séance d'une demi-journée.

Le choix des questions et des sujets pour les épreuves pratiques est laissé à la libre appréciation des examinateurs.

Pour les épreuves pratiques accompagnées d'un rapport écrit, les sujets choisis par l'examinateur sont répartis par tirage au sort entre les candidats.

Art. 31. — Un second examinateur (co-examinateur) doit assister aux examens pratiques.

Pour les examens d'anatomie et de physiologie des médecins, des dentistes et des pharmaciens, un co-examinateur surveille les travaux pratiques en se rendant de temps à autre dans les locaux où ils se font.

Les fonctions de co-examinateur doivent être confiées de préférence à un suppléant ou à un membre de la commission d'examen ; le président local peut aussi, le cas échéant, remplir lui-même ces fonctions ou les confier à une personne compétente ne faisant pas partie de la commission d'examen.

Le co-examinateur peut donner son appréciation par une note de mérite. Lorsque l'examinateur et le co-examinateur ne peuvent s'entendre sur la note définitive à inscrire au procès-verbal, celle-ci est donnée par la moyenne des deux notes en cause.

Art. 32. — Les épreuves pratiques terminées, les notes de mérite sont réunies et transmises au président local, qui établit la note générale.

Les procès-verbaux de ces épreuves doivent porter la signature de tous les examinateurs qui y ont pris part.

Art. 33. — Les travaux écrits proprement dits doivent être faits à huis clos et sans aucune aide. Les sujets d'examen sont tirés au sort de la manière suivante : l'examinateur prépare autant de bulletins qu'il y a de candidats plus un ; chaque bulletin contient l'énoncé de trois sujets, et le candidat rédige une composition sur l'un de ces trois sujets, à son choix.

Le candidat a 4 heures au maximum pour rédiger sa composition. Une fois terminée, celle-ci est immédiatement remise à l'examinateur.

Plusieurs candidats peuvent travailler en même temps, dans la même salle, sous la surveillance d'un examinateur ou d'un co-examinateur.

Les travaux écrits doivent être examinés et signés par l'examinateur et le co-examinateur. Lorsque ceux-ci ne peuvent s'entendre sur la note à inscrire au procès-verbal, cette note est donnée par la moyenne des deux notes en cause.

A la fin de l'examen, les travaux écrits sont remis au président local, qui doit les conserver pendant un mois au moins.

Art. 34. — La forme de l'*examen oral* est celle d'un entretien. Le choix du sujet et des questions est laissé à l'examinateur, qui peut toutefois les faire tirer au sort.

Art. 35. — Dans les examens oraux proprement dits, et lorsqu'il y

a plus d'un candidat, un examinateur ne doit pas examiner moins de deux candidats, ni, dans la règle, plus de quatre candidats l'un après l'autre dans une même séance d'une demi-journée.

Les candidats doivent être examinés un à un et en alternant.

Le président local, l'examinateur et un deuxième membre de la commission doivent être constamment présents ; ce dernier a voix consultative pour la note à donner au candidat.

La durée de l'examen oral est de 15 à 30 minutes pour chaque branche.

Art. 36. — Pour chaque épreuve pratique, pour chaque branche de l'examen oral, le candidat reçoit une note exprimée par un chiffre.

Les notes sont données immédiatement après chaque examen individuel.

Les notes vont de 1 à 6. La meilleure note correspond au chiffre 6, la plus faible au chiffre 1.

Les notes doivent toujours être exprimées en nombres entiers.

Les notes se divisent en notes spéciales et en notes principales.

Lorsqu'il y a plusieurs notes spéciales pour une branche, c'est la moyenne de celles-ci qui constitue la note principale.

Art. 37. — Si la moyenne des notes principales est inférieure à $3,_{6}$, le candidat est considéré comme ayant échoué et ne peut être admis à l'examen suivant, ni obtenir le diplôme avant d'avoir subi à nouveau et avec succès l'examen en cause.

Il en est de même lorsque le candidat a reçu une note principale inférieure à 2, ou deux notes principales inférieures à 3, ou trois notes principales inférieures à 4, ou encore lorsqu'il a reçu deux notes spéciales inférieures à 2, ou quatre notes spéciales inférieures à 3.

Art. 38. — Pour l'examen de sciences naturelles des pharmaciens, de même que pour les examens d'anatomie et de physiologie des médecins, des dentistes et des vétérinaires, les notes des deux parties de l'examen (partie pratique et partie orale) servent à déterminer le résultat final.

Pour les examens professionnels, le résultat des épreuves pratiques décide de l'admission aux épreuves orales, et le résultat de l'examen oral décide de l'obtention du diplôme.

La commission d'examen a le droit d'imposer au candidat qui a échoué un délai avant l'expiration duquel il ne pourra pas se présenter à nouveau.

Art. 39. — Pour chaque examen, il est établi un procès-verbal indiquant les notes obtenues et portant les signatures des examinateurs et du président local.

Pour les examens précédant l'examen professionnel, le candidat qui a réussi reçoit immédiatement un *certificat d'examen*, qui indique les notes obtenues et il est revêtu du sceau du président local.

Le candidat qui a échoué reçoit une copie du procès-verbal.

Pour les examens professionnels, le candidat reçoit, à la fin de chacune des parties, pratique et orale, une copie du procès-verbal.

Art. 40. — Le candidat qui a subi avec succès l'examen professionnel reçoit un diplôme par l'entremise du service sanitaire fédéral. Ce diplôme confère à son porteur le droit d'exercer sa profession dans toute l'étendue du territoire de la Confédération.

Ce diplôme indique les nom, prénom, etc., du candidat, la commission devant laquelle l'examen a été passé, et atteste simplement que l'examen a été « subi avec succès ». Il est signé par le chef du département fédéral de l'intérieur, par le président du comité-directeur et par le président local. Il est revêtu du sceau du département fédéral de l'intérieur.

Il est également délivré un diplôme dans les cas exceptionnels mentionnés sous les lettres *b*, *c* et *d* de l'article premier de la loi et aux articles 103 à 106 du présent règlement. Ce diplôme doit indiquer en vertu de quelles dispositions de la loi le comité-directeur a accordé au porteur le droit d'exercer sa profession en Suisse.

Il est perçu un droit de diplôme de 20 fr., qui doit être versé au service sanitaire fédéral. Pour les étrangers ce droit est porté à 60 fr.

Les diplômes perdus ne peuvent être remplacés. Dans les cas de ce genre, il est simplement délivré aux intéressés une attestation officielle certifiant qu'ils ont reçu un diplôme à la suite d'un examen.

Art. 41. — Le candidat n'a *aucun droit de recours* contre les décisions de la commission d'examen, hors le cas de violation, au cours des examens, des dispositions du présent règlement.

Ces recours doivent être présentés au département fédéral de l'intérieur dans les 14 jours qui suivent la décision qui en fait l'objet.

Art. 42. — Le candidat qui a échoué à un examen peut s'inscrire de nouveau pour la session suivante, à condition que ce soit dans le même siège et que la commission ne lui ait pas imposé un ajournement plus long. S'il veut s'inscrire dans un autre siège, il ne peut le faire avant qu'il se soit écoulé un délai d'au moins six mois depuis la dernière inscription.

Art. 43. — Le candidat qui a échoué à l'un des examens précédant l'examen professionnel doit subir à nouveau toutes les épreuves de l'examen en cause.

Le candidat qui a échoué à la partie orale de l'examen professionnel, après avoir obtenu pour la partie pratique une note générale égale ou supérieure à 5, est dispensé de refaire cette partie pratique, lorsqu'il se présente de nouveau à l'examen. Le nouvel examen oral devra toutefois être subi devant la même commission que le précédent.

Art. 44. — Le candidat qui a échoué trois fois au même examen ne peut plus se représenter *(exclusion à perpétuité)*.

Le candidat qui a échoué deux fois à l'examen professionnel doit faire deux nouveaux semestres d'études en Suisse avant d'être autorisé à se représenter à cet examen.

L'exclusion à perpétuité doit être mentionnée par le président local sur le procès-verbal de l'examen et dans la liste des examens.

Art. 45. — Les candidats empêchés pour cause de maladie de se présenter à l'examen ou de continuer un examen commencé doivent en aviser le président local en temps utile, c'est-à-dire avant l'heure fixée pour l'examen, et présenter un certificat médical. Les commissions d'examen peuvent aussi reconnaître comme valables d'autres motifs d'absence dûment justifiés. Dans les cas de ce genre, le candidat n'est pas considéré comme ayant échoué.

Il est établi un procès-verbal de l'examen interrompu et les résultats obtenus sont acquis au candidat.

L'examen doit être terminé devant la même commission et le candidat n'a pas à payer de nouvelle taxe.

Art. 46. — Tout candidat qui désire se retirer après s'être inscrit pour un examen doit en informer par écrit le président local.

La taxe d'examen ne sera remboursée que si le candidat a fait connaître son désistement *avant le début de l'examen* du premier candidat de la série. Les candidats qui se retirent après le début de l'examen et ceux qui négligent d'aviser en temps utile le président local qu'ils ne se présenteront pas, doivent payer la taxe d'examen et sont considérés comme ayant échoué.

Art. 47. — Si un candidat a fait en s'inscrivant de fausses déclarations ou dissimulé l'issue malheureuse d'un examen antérieur, le comité-directeur peut annuler l'examen ou décider que le candidat doit être considéré comme ayant échoué.

Les candidats qui, pendant l'examen, se conduisent d'une manière inconvenante ou se rendent coupables d'actes déloyaux ou frauduleux peuvent être exclus de l'examen par décision de la commission et sont considérés comme ayant échoué. Ces cas seront portés à la connaissance du comité-directeur, qui prendra les mesures ultérieures nécessaires.

Les cas particulièrement graves seront communiqués au département fédéral de l'intérieur par le comité-directeur, qui joindra à cette communication ses propositions au sujet de la pénalité à infliger au délinquant.

Lorsqu'un candidat inscrit pour un examen est l'objet d'une poursuite judiciaire, le président local peut suspendre l'examen, en même temps qu'il en avise le comité-directeur.

Art. 48. — Les taxes d'examen sont fixées par le tarif annexé au présent règlement.

Art. 49. — Les candidats qui ont échoué paient, lorsqu'ils subis-

sent l'examen à nouveau, la taxe entière. Ceux qui n'ont à subir à nouveau que la partie orale de l'examen professionnel ne paient que la moitié de la taxe correspondante.

Les étrangers paient le triple des taxes ordinaires, tant qu'il n'en aura pas été décidé autrement par voie de conventions internationales.

III. — Dispositions spéciales.

B. — Examens des dentistes.

Art. 70. — Les examens des dentistes sont au nombre de trois, savoir :

1. L'examen de sciences naturelles ;
2. L'examen d'anatomie et de physiologie ;
3. L'examen professionnel.

1° Examen de sciences naturelles.

Art. 71. — Les conditions d'admission et les exigences sont les mêmes pour cet examen que pour celui des médecins (art. 51 et 52).

2° Examen d'anatomie et de physiologie.

Art. 72. — Pour être admis à l'*examen d'anatomie et de physiologie*, le candidat doit présenter :

a. Le certificat de l'examen de sciences naturelles (art. 52) ;

b. Des attestations prouvant qu'il a suivi les cours théoriques suivants :

1. Anatomie.
2. Histologie.
3. Embryologie.
4. Physiologie.

c. Des attestations prouvant qu'il a suivi les cours pratiques suivants :

5. Dissection des muscles, vaisseaux et nerfs de la tête et du cou.
6. Travaux pratiques d'histologie.

Art. 73. — L'examen d'anatomie et de physiologie se divise en deux parties, à savoir un examen pratique et un examen oral.

Art. 74. — L'*examen pratique* comprend les épreuves suivantes :

1. Exécution, dans l'espace de quatre heures, d'une préparation anatomique de la tête ou du cou, explication de cette préparation et réponses à d'autres questions d'anatomie.
2. Exécution et explication de préparations histologiques.

Art. 75. — L'*examen oral* porte sur les branches suivantes :

1. Anatomie.
2. Histologie et embryologie.
3. Physiologie.

} En tenant tout particulièrement compte de l'art dentaire.

3° Examen professionnel.

Art. 76. — Pour être admis à l'*examen professionnel*, le candidat doit présenter :

a. Le certificat de l'examen d'anatomie et de physiologie des médecins (art. 55 et 56) ou des dentistes (art. 74 et 75) ;

b. Des pièces prouvant qu'il a huit semestres d'études, dont cinq au moins devront avoir été faits en Suisse ;

c. Des attestations prouvant qu'il a suivi les cours théoriques suivants :

1. Pathologie et anatomie pathologique générales.
2. Chirurgie générale.
3. Pharmacologie (pour dentistes).
4. Pathologie et thérapeutique spéciales de la cavité buccale.
5. Histologie pathologique des tissus dentaires.
6. Art dentaire théorique (anomalies des mâchoires et du palais, leur traitement prothétique ; anomalies de position et d'articulation des dents ; technique dentaire et emploi des métaux ; ponts et couronnes).

d. Une attestation de :

7. Clinique chirurgicale, 1 semestre.

e. Des attestations certifiant que le candidat a pratiqué dans les cliniques et laboratoires suivants :

8. Policlinique dentaire, 3 semestres.
9. Clinique dentaire et cours d'opérations dentaires (obturation des dents cariées d'après les diverses méthodes usitées, 4 semestres ; ponts et couronnes, 3 semestres).
10. Laboratoire dentaire (exécution de pièces de prothèse dentaire, 4 semestres ; exécution de prothèses chirurgicales, 1 semestre).

Les connaissances exigées sous la lettre *c* ci-dessus peuvent être acquises dans une école professionnelle reconnue par le comité-directeur ou dans une université d'Etat ; celles qui sont mentionnées sous la lettre *e* peuvent être acquises chez un *dentiste diplômé*.

En cas de doute, c'est le comité-directeur qui décide si les certificats présentés par le candidat peuvent être considérés comme suffisants.

Art. 77. — L'examen professionnel se divise en deux parties, à savoir un examen pratique et un examen oral.

Art. 78. — L'*examen pratique* comprend les épreuves suivantes :

1. Un travail écrit à huis clos (art. 33, al. 1 et 2) sur une question de pathologie et de thérapeutique de la cavité buccale.
2. Un travail écrit à huis clos (art. 33, al. 1 et 2) sur une question de chirurgie dentaire.
3. Examen et diagnostic d'un ou deux cas d'affections de la cavité

buccale. A la suite de cet examen, l'examinateur peut exiger que le candidat procède immédiatement à une opération.

4. Traitement de quelques dents cariées et obturation de celles-ci au moyen de matériaux divers.

5. Exécution de deux travaux de prothèse (dentiers, ponts, couronnes, prothèses chirurgicales, orthopédie).

Pour cette partie de l'examen, il est donné cinq notes principales.

Art. 79. — L'*examen oral* porte sur les branches suivantes :

1. Pathologie générale et anatomie pathologique.
2. Chirurgie générale.
3. Pathologie et thérapeutique de la cavité buccale.
4. Pharmacologie (pour dentistes).
5. Art dentaire (traitement opératoire et conservateur).

Pour cette partie de l'examen, il est donné cinq notes principales.

IV. — Reconnaissance des certificats et des diplômes cantonaux et étrangers.

Art. 103. — Les porteurs de certificats ou de diplômes cantonaux, acquis depuis la création des examens fédéraux, doivent présenter un certificat de maturité reconnu valable au sens du présent règlement ; à défaut de ce certificat, les Suisses, aussi bien que les étrangers, doivent subir l'examen fédéral de maturité.

En outre, les Suisses doivent faire à nouveau, devant une Commission fédérale, le dernier examen cantonal subi par eux.

Les étrangers qui n'ont pas encore fait un examen professionnel cantonal doivent subir tous les examens fédéraux ; ceux qui ont déjà fait un examen professionnel cantonal doivent subir à nouveau le second examen propédeutique et l'examen professionnel fédéral.

Art. 104. — Dans le cas de ressortissants suisses qui ont passé des examens à l'étranger, le comité-directeur peut, suivant la situation particulière des candidats et la valeur des certificats et diplômes qu'ils présentent, les dispenser totalement ou en partie des examens fédéraux et leur accorder directement les certificats ou diplômes correspondants.

Art. 105. — Pour les personnes qui n'ont acquis la nationalité suisse qu'après avoir subi leurs examens à l'étranger, ce sont les dispositions de l'article 106 ci-après qui font règle.

Art. 106. — Pour être admis aux examens fédéraux, les étrangers porteurs de certificats et de diplômes étrangers doivent subir l'examen fédéral de maturité.

Après quoi, ceux d'entre eux qui ne possèdent pas encore un diplôme d'Etat leur donnant le droit d'exercer leur profession dans cet Etat doivent subir tous les examens fédéraux ; ceux qui possèdent un diplôme d'Etat leur donnant le droit d'exercer leur profession

dans cet Etat doivent subir le deuxième examen propédeutique et l'examen professionnel fédéral.

C'est le département fédéral de l'Intérieur qui décide, dans chaque cas en particulier, sur la proposition du comité-directeur, dans quelle mesure les semestres d'études faits par le candidat avant d'avoir passé l'examen de maturité peuvent lui être comptés.

Dans tous les autres cas, c'est l'article premier, lettre *c*, de la loi fédérale du 19 décembre 1877 sur l'exercice des professions médicales qui fait règle. Voici le texte de cette disposition :

« Article premier. Sont autorisés à exercer librement leur profession dans toute l'étendue de la Confédération :

c. Les personnes vouées à ces professions qui, à la suite d'un examen d'Etat subi dans un Etat étranger, ont obtenu un diplôme les autorisant sans aucune restriction à pratiquer dans le territoire de cet Etat, pour autant que la réciprocité est stipulée par un traité. Dans les cas exceptionnels, c'est à l'autorité chargée de la surveillance qu'il appartient de décider, au vu des pièces produites, dans quelles conditions le diplôme sera accordé. »

V. — Dispositions finales et transitoires.

Art. 107. — Le présent règlement entrera en vigueur le 1er janvier 1913.

Par suite de sa mise en vigueur, sont abrogés :

1. Le règlement pour les examens fédéraux de médecine du 11 décembre 1899 ;
2. L'arrêté du Conseil fédéral du 17 septembre 1903, complétant et modifiant le règlement des examens fédéraux des médecins, des dentistes, des pharmaciens et des vétérinaires ;
3. L'arrêté du Conseil fédéral du 22 décembre 1906, modifiant le règlement sur des examens fédéraux des médecins, des dentistes, des pharmaciens et des vétérinaires.

Art. 108. — Les candidats qui auront commencé leurs études professionnelles avant l'entrée en vigueur du présent règlement auront jusqu'au 31 décembre 1914 le droit de faire leurs examens suivant les *dispositions spéciales* du règlement du 11 décembre 1899.

Les candidats pharmaciens qui auront subi l'examen de commis-pharmacien en conformité des articles 71 et 72 du règlement du 11 décembre 1899 devront passer l'examen professionnel tel qu'il est prévu aux articles 75 et 76 du même règlement.

Pour tous les autres candidats sans exception, toutes les dispositions du présent règlement deviendront applicables à partir du 1er janvier 1915.

Art. 109. — Le Conseil fédéral pourvoit à l'exécution du présent règlement, conformément aux prescriptions de la loi fédérale du 19 décembre 1877 ; il se réserve le droit d'y apporter, dans les limites de la loi précitée, les modifications qui deviendraient nécessaires.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Session de Stockhlom, aout 1912.

(Suite.)

Invitation pour l'Amérique.

M. Brophy, obligé de partir le soir même pour l'Amérique, demande la permission de présenter une invitation cordiale de l'Association dentaire nationale des Etats-Unis à la F. D. I. de tenir sa prochaine session aux Etats-Unis. Il pense, avec M. Kirk et d'autres, que l'opinion de la session de Londres était de tenir la session de 1913 en Amérique.

Le président remercie M. Brophy et lui promet que la question sera examinée attentivement le lendemain, quand elle viendra en discussion.

Prix Miller.

Le président déclare être prêt à recevoir les candidatures pour le prix Miller.

M. Brophy a reçu, la semaine précédente, à Dresde, la visite de M. Jenkins, qui l'a prié de présenter au Conseil exécutif des livres et documents à l'appui de la candidature de M. Röse. Il a consenti à le faire et, une des principales raisons, c'est que, lors de la première attribution du prix à M. G. V. Black, le nom de Röse a obtenu le plus grand nombre de voix après M. Black.

Il présente 6 volumes et une liste de 93 publications représentant les travaux de M. Röse en art dentaire.

M. Aguilar appuie la proposition.

M. Roy rappelle que la F. D. N. française a proposé antérieurement la candidature de M. Godon et, en son nom personnel, il renouvelle cette proposition, en faisant remarquer que, par suite du deuil qui l'a frappé, M. Godon n'assiste pas à la réunion de la F. D. I. pour la première fois depuis sa fondation et que ce serait peut-être l'occasion de lui décerner ce haut témoignage d'estime internationale.

M. Rosenthal l'appuie.

Le président déclare avoir reçu deux demandes du prix Miller ; mais comme les postulants n'ont pas été proposés, leur nom ne sera pas mis aux voix.

M. Brophy demande si le jury est astreint par le règlement à attribuer le prix aux travaux scientifiques et littéraires d'un candidat.

Le président répond que le Conseil exécutif n'est pas limité et, agissant comme jury, attribuera le prix à la personne qui, d'après l'article 2, *a rendu les services les plus éminents à la dentisterie.*

Il est procédé au scrutin, qui donne un résultat favorable à M. Godon. L'épreuve est recommencée à mains levées et à l'unanimité, le prix lui est attribué.

Le président proclame, au milieu des applaudissements, que l'honneur est échu à M. Godon.

M. Roy remercie au nom de la France et dit que son pays sera particulièrement flatté de l'honneur fait par la F. D. I. à un chirurgien-dentiste français des plus éminents.

M. Aguilar présente le rapport, ainsi que les comptes, de la Commission du prix international Miller.

Ce rapport se résume ainsi :

Au 1er août 1911 le capital du fonds du prix Miller était.	49.626 fr.
Depuis il a été versé une nouvelle souscription de...... recueillie par le Comité américain sur l'initiative de M. Brophy, et qui a été versée à la dernière session.	11.200 »
Il faut ajouter les intérêts s'élevant à.................	2.389 »
Soit au total......	63.215 »

Le Comité a décidé dans sa dernière réunion de placer 25.000 francs en cédules hypothécaires argentines 6 o/o. Comme il y a encore un compte courant de 18.000 francs ; il serait bon de le placer également en fonds d'Etat.

La Commission voudra bien fixer la somme à remettre en espèces au lauréat du prix cette année, somme qui devra être déduite de l'encaisse avec les frais du diplôme et de la médaille remis à M. Black l'an dernier.

Il a été donné lecture du procès-verbal de la réunion antérieure et de lettres de MM. Weiser, Godon et Mummery s'excusant de ne pouvoir venir à Stockholm.

Le rapport de M. Aguilar a été approuvé.

Il a été décidé : 1° Que la somme en espèces en compte courant à la banque sera placée en valeurs sûres d'Etat, de préférence en bons des Etats-Unis ;

2° Que les dépenses entraînées par la préparation et la confection de la première médaille Miller remise à M. Black en 1910, dépenses s'élevant à 5.000 francs environ, le comité du prix Miller mettra à la disposition du Conseil exécutif 1.500 francs pour les dépenses et la médaille du prix Miller en 1912 ;

3° Que, pour tenir compte des désirs exprimés par divers membres de la F. D. I. en 1910, 1911 et 1912, le Comité apportera au Réglemeut qui régit le prix Miller les modifications suivantes :

a) Les candidatures au prix Miller peuvent être posées par tout membre de la F. D. I., par toute institution dentaire (Société, Université ou Groupement), invitée à le faire ;

b) Elles seront posées par écrit en indiquant les titres des candidats et accompagnées d'exemplaires des livres ou écrits des candidats dans une des langues officielles de la F. D. I. ;

c) Elles seront présentées avant le 1er janvier de l'année dans laquelle le prix sera attribué en août suivant ;

d) Un avis de l'attribution du prix et une invitation à présenter des candidatures seront envoyés à tous les membres de la F. D. I et à tous professeurs, associations, universités ou groupements que le Conseil exécutif jugera à propos d'aviser.

M. Schäffer-Stückert demande qu'une copie de la médaille du prix Miller en bronze soit envoyée au nouvel Institut dentaire qui sera ouvert à Berlin en octobre 1912.

M. Aguilar fait la même proposition pour l'Institut T. W. Evans qui s'ouvrira à Philadelphie en octobre 1913.

M. Brophy appuie les deux propositions, qui sont adoptées.

M. Brophy ajoute que la souscription pour le prix Miller n'est pas close en Amérique ; que M. Reid, rédacteur en chef du *Dental Journal*, de Toronto, sollicite la coopération des Canadiens, qui auraient déjà versés 5.000 francs, qui seront bientôt adressés au trésorier.

Quant à l'attribution du prix Miller, il regrette de s'être mépris sur le règlement qui le régit. M. Godon est un des meilleurs amis qu'il ait dans le monde et, bien qu'il ait présenté une autre candidature, il n'était nullement opposé à celle de M. Godon. Il approuve pleinement la décision prise et il félicite M. Godon et la F. D. I. d'avoir reconnu les éminents services de ce grand Français.

Le président remercie M. Brophy de ses efforts pour augmenter le capital du prix Miller et annonce qu'il va télégraphier à M. Godon la décision du Conseil exécutif.

La séance est levée.

Commission d'hygiène.

La Commission d'hygiène s'est réunie le 29 août, matin.

Le président, M. Jessen, en ouvrant la séance, a prononcé l'allocution suivante :

Allocution du président.

« Je vous souhaite la bienvenue au nom de la Commission et j'espère que la session de Stockholm couronnera de succès nos efforts et nous rapprochera du but que nous poursuivons. Notre secrétaire, M. Lenhardtson, vous donnera des détails sur l'action de nos Comités nationaux pendant l'année écoulée et sur les résultats obtenus. J'ai été chargé par le Comité directeur de vous exposer certaines idées et de vous présenter des propositions.

» La Commission internationale d'hygiène buccale, avec un con-

seil de directeurs, est composée des Comités de vingt pays différents. Elle est sous le protectorat du roi Gustave de Suède et depuis sa réorganisation au Congrès dentaire international de Berlin en 1909, elle a établi par ses Comités nationaux une Association nationale d'hygiène buccale en Danemark, Suède, Finlande, Norvège, Hollande, Belgique, France, Suisse, Italie, Autriche et Russie.

» Le Comité central allemand d'hygiène scolaire fut constitué à Berlin en 1909, indépendant de la Commission d'hygiène internationale. Jusqu'à présent, grâce à ses efforts et au travail préparatoire des dentistes allemands, 120 cliniques dentaires ont été établies en Allemagne. Les gouvernements de plusieurs pays s'intéressent vivement à ces efforts qui profiteront à la génération future.

» Plus le nombre de ceux qui se consacrent au bien public est grand, plus nos efforts auront de succès. Je vous invite donc à recruter de nouveaux membres qui, d'après nos statuts, peuvent être des hommes ou des femmes de toute profession, pourvu qu'ils s'intéressent à notre cause. Notre Commission s'agrandira ainsi, gagnera à sa cause de nouveaux pays et pourra poursuivre des visées de plus en plus élevées.

» Nous avons, vous le savez, à démontrer au peuple l'importance d'une bouche saine et bien portante, à répandre l'hygiène dentaire en l'introduisant dans les écoles, l'armée, la marine, les hôpitaux et les dispensaires, et en assurant des soins dentaires aux familles qui en ont besoin mais qui ne peuvent les payer.

» Il est de l'intérêt des gouvernements et des municipalités de favoriser ces efforts pour des raisons purement matérielles, car la richesse nationale réalise un gain considérable par l'introduction systématique de l'hygiène dentaire.

» Nous sommes entrés avec succès dans cette voie, mais nous sommes encore bien loin du but final. L'influence de notre Commission est encore relativement minime. Nous ne sommes pas encore assez indépendants au point de vue pécuniaire pour donner à notre action le poids nécessaire pour la réaliser dans une sphère qui embrasse tout le monde civilisé. Pour cela nous avons besoin non seulement de sympathie, mais aussi d'une aide matérielle de la part des gouvernements et des municipalités et des riches philanthropes.

» Nous avons besoin d'argent pour assurer les soins dentaires gratuits aux pauvres de tous pays, pour établir des cliniques dentaires dans les écoles. Pour cela il faut un centre dirigeant systématiquement l'action dans tous les pays. Une institution philanthropique peut nous permettre d'établir à Stockholm, capitale de notre protecteur, un bâtiment dans lequel s'exécuterait tout ce qui est du domaine de l'hygiène dentaire, les résultats en étant ensuite transportés dans la pratique.

» Nous sommes encore bien loin de ce but final, mais si nous regardons le chemin déjà parcouru, nous verrons que nous avons déjà marché et nous serons convaincus que nous devons continuer à avancer. »

Rapport du secrétaire général.

M. Lenhardtson présente son rapport de secrétaire général que nous publions d'autre part (V. p. 5, 6, 7, 8).

Le *président* donne lecture : 1° du télégramme suivant de M. William Donnally (Washington) :

« Veuillez saluer la F. D. I. et lui annoncer une nouvelle loi portant création de 60 chirurgiens-dentistes pour la marine avec un statut et un traitement égaux à ceux des médecins de marine du premier grade. Cette loi ouvre un crédit de 2.500.000 francs pour les dentistes de l'armée et de la marine. »

2° D'une lettre de M. Jenkins (Dresde), qui s'excuse de ne pouvoir venir, remercie la Commission de l'avoir nommé président d'honneur et la félicite des progrès déjà obtenus et de sa conviction qu'elle sera un des facteurs les plus actifs du grand mouvement moderne de régénération du monde.

3° D'une lettre du Comité national russe remise par ses représentants de Moscou, envoyant des salutations et assurant qu'il fera tout son possible pour favoriser le mouvement d'hygiène dentaire en Russie.

4° D'une lettre d'excuses de M. Decker (Luxembourg).

M. Roy, commentant le rapport du secrétaire général, dit que les habitudes de l'enfance influent sur toute la vie et que, une fois bien commencé, le soin des dents se continue automatiquement. En France le C. N. F. H. D. a demandé que l'inspection dentaire des enfants des écoles soit inscrite dans la nouvelle loi. Le ministre compétent est convaincu de cette nécessité, mais c'est une question d'argent. L'inspection médicale coûte 2.000 000 de francs actuellement et, après la réorganisation, elle coûtera 8.000.000 de francs. On doit cependant insister sur les résultats économiques qu'en tirera la collectivité, ainsi que l'a démontré M. Jessen.

M. Wolf dit que l'appui de l'Etat à la dentisterie scolaire grandit en Autriche. Il est nécessaire de démontrer l'importance de l'hygiène buccale aux professeurs, aux spécialistes et aux autorités chargées du service de santé. Il demande que la F. D. I demande aux divers gouvernements à être officiellement reconnue.

M. Van der Hœven donne lecture des procès-verbaux de la Commission.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

Die Elektrotechnick in der Zahnheilkunde.

La collection publiée par M. Wilhelm Pfaff, professeur à l'Université de Leipzig, chez l'éditeur Dyck, de cette ville, s'est accrue récemment d'un dixième fascicule intitulé *L'électrotechnique en dentisterie*, dû à M. Schoenbeck, attaché à la section technique de l'Institut dentaire de cette Université (partie scientifique).

Cet ouvrage, de 62 pages, illustré de 19 figures, dont quelques-unes sont en deux couleurs, comprend une préface, une introduction et 8 chapitres. Il traite des unités électriques, de la loi d'Ohm, des instruments de mesure, des effets caloriques et des effets chimiques de l'énergie électrique, des courants d'induction, des rayons cathodiques, anodiques et Röntgen, de la technique des rayons Röntgen, enfin de la transformation de l'énergie électrique en énergie mécanique.

Ce volume continue dignement la série commencée.

Reparaturen und Umarbeitungen.

M. Reinhard Köhne, de Francfort sur l'Oder, est l'auteur d'une brochure de 45 pages, illustrée de 10 figures, intitulée *Réparations et transformations,* et contenant des indications pratiques de technique dentaire

Cette brochure comprend trois sections : la première consacrée à la réparation du caoutchouc, la seconde aux transformations du caoutchouc, la troisième aux réparations des dentiers de métal et des dents à pivot.

Livres reçus.

Nous avons reçu les ouvrages suivants :

1° *La résection des apex radiculaires*, publiée à Cracovie (Pologne autrichienne) en polonais, par M. Antoine Cieszynski (de Munich) (51 pages avec gravures dans le texte) ;

2° *Plastique du frein de la lèvre supérieure*, publiée en allemand par le même auteur (16 pages, avec figures) à Munich ;

3° *Deux systèmes de couronnes de porcelaine sans bagues*, de M. Wünsche, de Berlin (en allemand) (7 pages avec figures) ;

4° *Hygiène de la bouche et des dents,* par M. L. Winzeler, de Lausanne, 107 pages avec 2 planches ;

5° *Les dents saines*, du même auteur, 73 pages avec 5 planches ;

6° *Memento pour les maladies du nez, de la gorge et des oreilles,* par M. Robert Leroux ;

7° *Le Salvarsan dans la tuberculose et les états anémiques*, par MM. Maurice et André Bernay (de Lyon) ;

8° *Résultats actuels de la salvarsanothérapie dans les complications nerveuses et oculaires de la syphilis,* par MM. Emery et Bourdier ;

9° *Bridge et couronnes de porcelaine remplaçant un dentier à plaque*, par M. Caron (Nantes) ;

10° *Les procédés modernes de prothèse dentaire,* du même auteur.

NÉCROLOGIE

Notre confrère M. A. Prevel, membre de l'A. G. S. D. F., chef de clinique honoraire à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'avoir le chagrin de perdre son frère M. Armand Prevel, à l'âge de 65 ans.

*
* *

Notre confrère, M. Duz, membre de l'A. G. S. D. F., ancien démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'avoir la douleur de perdre son père à l'âge de 60 ans.

*
* *

Notre confrère M. Guilbeau, de Bayonne, membre de l'A. G. S. D. F., a également eu la douleur de perdre son père.

Nous adressons à nos confrères et à leurs familles nos sincères condoléances.

NOUVELLES

École dentaire de Paris.

A la suite d'un concours et par décision du Conseil d'administration du 27 décembre 1912, MM. L. Viau, Ratoré et Delaplanche ont été nommés chefs de clinique de chirurgie dentaire.

Par décision du même jour, M. Millas a été nommé démonstrateur.

Cercle odontologique de France.

La réunion mensuelle du Cercle odontologique de France a eu lieu le jeudi 26 décembre 1912, à 8 h. 3/4 du soir, à l'Hôtel des Sociétés savantes, avec l'ordre du jour suivant :

Orthodontie, M. R. Heïdé.

Le respect de la languette proximo-gingivale, M. E. Darcissac.

Nouveau métal pour pivots, M. L. Lanos.

Critique sur l'emploi des dents en porcelaine, M. Martinelli.

Piston métallique extensible pour seringue hypodermique, M. Hiroux.

La Maison allemande du Dentiste.

Le comité de la Maison allemande du Dentiste a décidé dans sa dernière séance, qui s'est tenue au Ministère de l'Intérieur, à Berlin, de faire l'acquisition d'un immeuble pour y installer l'institution, qui s'est contentée jusqu'à présent de locaux loués. Le Comité ne veut pas entreprendre une construction nouvelle ; il se bornera à apporter à l'immeuble acheté les modifications nécessaires.

Depuis le 1er juillet dernier il existe dans la Maison du Dentiste un Institut de perfectionnement, une clinique, un laboratoire de prothèse et un laboratoire de radiographie.

La Maison du Dentiste.

Rappelons, à propos de la Maison allemande du Dentiste qu'une œuvre analogue a été créée en France, la Maison du Dentiste. Une souscription permanente est ouverte au profit de cette œuvre qui a pour but de fonder une maison de retraite, de repos et de santé pour les chirurgiens-dentistes et les dentistes patentés de France ou des colonies.

MM. Quincerot, président ; Muszlak, trésorier ; Fournier, trésorier-adjoint ; Martin, secrétaire des séances, se sont rendus le 22 décembre dernier, à Porcheville (Seine-et-Oise) pour examiner sur place divers lots de terrains destinés à l'édification projetée de l'immeuble. L'un d'entre eux, d'une contenance de 60.000 mètres, à proximité de la Seine et renfermant deux petits bois, a semblé réunir de nombreux avantages et va faire l'objet d'un rapport au Comité directeur, qui prendra immédiatement une décision.

Récompense.

Notre confrère M. Arlet (Jules) de Corbeny (Aisne), membre de l'A. G. S. D. F., vient de recevoir la médaille commémorative de la campagne de 1870-71, à laquelle il prit part.

Nous lui adressons nos félicitations.

Société Belge d'Odontologie.

Dans son Assemblée annuelle du 15 décembre la Société a renouvelé partiellement son Comité comme suit :

Président : M. Pitot ;
Vice-président : M. Emile Huet ;
Bibliothécaire : M. Groth.

Les autres postes n'étant pas soumis à la réélection, les titulaires conservent leur mandat respectif.

Errata.

Il y a lieu d'ajouter à la liste des élèves ayant obtenu le diplôme de l'Ecole dentaire de Paris à la session de juillet 1912, publiée dans le n° du 15 décembre 1912 de *L'Odontologie*, le nom de M. Enrico Amoretti, de Viareggio (Italie).

*
* *

P. 553, 28e ligne, du n° du 30 décembre 1912, lire *Zentler*, au lieu de *Peutler*.

La question des dentistes non diplômés.

Le Grand Conseil du canton de Tessin (Suisse) a pris une décision aux termes de laquelle le Conseil d'Etat peut accorder l'exercice de l'Art dentaire aux mécaniciens-dentistes qui l'exercent déjà depuis 5 ans en Suisse et depuis 2 ans dans le Tessin.

Cliniques dentaires scolaires.

Le Conseil communal d'Estavayer (Suisse) a fait examiner les dents des élèves des deux écoles supérieures de la localité par un dentiste.

Les parents recevront prochainement la feuille détaillée qui leur donnera le résultat de l'examen du dentiste. A eux incombera le soin de faire le nécessaire et de présenter à leurs frais leurs enfants au dentiste.

*
* *

Les autorités scolaires de Baden (Suisse) ont conclu avec les dentistes de la ville un arrangement aux termes duquel le traitement den-

taire des enfants pauvres sera fait à prix réduit aux frais de la caisse scolaire. Les négociations vont être continuées avec ces spécialistes par le médecin scolaire pour l'établissement d'un tarif unique.

*
* *

Le Conseil municipal de Munich a décidé d'adresser aux parents des enfants des écoles une circulaire pour leur demander s'ils sont disposés à verser annuellement 1 fr. 85 pour les soins dentaires à donner à leurs enfants dans une clinique dentaire scolaire à créer plus tard. Cette création dépend de la réponse des parents.

*
* *

Le Conseil municipal de Guebwiller (Alsace) a décidé dernièrement d'étendre les soins dentaires donnés par la clinique dentaire scolaire aux élèves des écoles supérieures de la ville qui jouissent de bourses ou de secours d'études.

*
* *

Nous apprenons par notre confrère M. Waldbillig, d'Ettelbruck (Luxembourg), la création d'une clinique dentaire scolaire dans cette ville.

33e ANNÉE. N° 2. 30 JANVIER 1913 Vol. XLIX

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

A PROPOS D'UN CAS DE GASTRITE SEPTIQUE D'ORIGINE BUCCALE

Par M. Henri Dreyfus,

Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

Communication à la Société d'Odontologie, 3 janvier 1913.

Il n'est pas indifférent de signaler et de souligner, chaque fois que l'occasion s'en présente, l'importance de l'état de la bouche au point de vue général, le retentissement de la septicité bucco-dentaire sur l'organisme, les effets à distance qui peuvent en découler. En effet, les suppurations buccales donnent parfois lieu à des accidents plus ou moins marqués, qu'un examen superficiel peut ne pas rattacher à leur origine véritable, et dont l'étiologie réelle est encore difficilement admise par les médecins et les chirurgiens, toujours un peu en défiance envers le spécialiste, suspect d'être ébloui par sa spécialité. Médecins et chirurgiens doivent pourtant les connaître, afin d'instituer une médication rationnelle, et nombreux, déjà, sont ceux qui considèrent que l'examen de la cavité buccale fait partie d'un examen clinique consciencieux, au même titre que l'auscultation du cœur ou l'analyse de l'urine.

Je me hâte d'ajouter que la reconnaissance du rôle de la septicité bucco-dentaire dans la pathogénie d'affections extra-buccales n'implique nullement l'acquiescement forcé à la thèse stomatologiste; la seule conséquence, qu'on en puisse logiquement tirer, est que le médecin doit être, plus qu'il n'est d'ordinaire, averti des choses de la bouche;

quant au spécialiste, il restera l'auxiliaire du généraliste pour le traitement de ces affections ; il ne sera pas appelé à en poser le diagnostic ; il en connaîtra l'existence, mais ne les approfondira que dans les limites de sa curiosité scientifique.

Il m'a été donné récemment d'observer et de traiter un cas dont l'histoire confirme les considérations qui précèdent. Il s'agit d'une malade présentant cet ensemble de troubles digestifs, que Julien Tellier a magistralement décrits sous le nom de gastrite septique d'origine buccale, dans une communication au 1er Congrès de Stomatologie, en 1907.

Mme D., 49 ans, m'est adressée, au mois de juin 1912, par son médecin, qui me signale l'urgence qu'il y a à rétablir chez elle la fonction de mastication, au défaut de laquelle il attribue la gastrite pour laquelle elle est traitée depuis dix-huit mois environ. Cette malade présente les caractères objectifs d'un état général précaire et, notamment, une décoloration des téguments de la face, qui sont de la teinte jaune paille classique.

On retrouve tous les symptômes qui sont le fait de la gastrite chronique, et que j'énumère brièvement : perte de l'appétit, digestions lentes et pénibles, accompagnées d'éructations fréquentes, et de régurgitations acides ; quelquefois des nausées allant jusqu'aux vomissements, alimentaires ou glaireux ; alternance de constipation et de diarrhée ; douleur plus ou moins localisée à la région épigastrique, sensation de pesanteur, de barre sur l'estomac ; de l'amertume à la bouche, soif vive après les repas, sécrétion salivaire abondante. Enfin des troubles nerveux sont survenus, céphalalgie, somnolence, lassitude des membres ; irritabilité, assombrissement de l'humeur, et, par-dessus tout, un dépérissement général.

Depuis dix-huit mois cette malade a été soumise à des traitements divers, dont la variété n'a égalé que l'inefficacité ; médication acide, alcaline, antiacide, régime végétarien, régime des pâtes, régime lacté, en passant par les lavages d'estomac, et les infusions bouillantes, avec des essais successifs de repos, et puis de marche au grand air.

Ce n'est qu'au bout de plusieurs mois que son médecin réussit à la persuader de la nécessité de se faire mettre la bouche en état.

La bouche est dans un état pitoyable, et semble n'avoir bénéficié, depuis longtemps, que d'une hygiène rudimentaire. L'haleine est légèrement fétide, marquée par cette odeur *sui generis*, odeur de fermentation spéciale absolument spécifique, signalée par Julien Tellier. La langue est blanchâtre, la muqueuse gingivale est rouge, œdématiée, déchiquetée par les aspérités aiguës de nombreuses racines non soignées, dont plusieurs donnent lieu à des abcès chroniques, à des fistules en pleine activité.

A la mâchoire supérieure, à part la dent de 12 ans et la dent de sagesse du côté gauche, qui sont à peu près intactes, toutes les dents sont découronnées ; les racines, les unes branlantes, les autres solidement implantées, sont toutes présentes, toutes en mauvais état. Une pièce en or de huit dents, comprenant les incisives, les canines et deux petites molaires à droite, ces dernières n'articulant pas, est véritablement suspendue au palais par une succion à valve, dont l'emploi ne semble pouvoir trouver aucune justification. La muqueuse palatine s'est hypertrophiée sous l'action de cette ventouse permanente, qu'elle tend à combler par des replis plus ou moins saillants ; le palais osseux a subi la déformation qui caractérise l'usage de ce genre de succion, et qu'il est bon de signaler à toute occasion.

A la mâchoire inférieure, il reste à droite : dent de sagesse, canine, incisives ; à gauche, petites molaires, canine, incisives ; des autres dents, il ne subsiste que les racines, en aussi mauvais état qu'à la mâchoire supérieure et déterminant les mêmes désordres.

Après les précautions antiseptiques de rigueur en pareil cas, les extractions sont faites, sous anesthésie locale, en quatre séances, réparties sur une douzaine de jours. La cicatrisation n'est marquée par aucun incident ; la résorption des procès alvéolaires s'est seulement faite avec un peu de lenteur.

Quinze jours après la dernière extraction, la malade accuse déjà une amélioration notable de son état général et de ses troubles digestifs. Je ne la revois ensuite qu'après les vacances, c'est-à-dire trois mois après la dernière extraction, afin de lui faire les appareils dont, pour des raisons diverses, on avait différé la confection. A ce moment, Mme D... se déclare absolument guérie, et, en effet, elle est transformée physiquement, et moralement aussi, d'après les confidences de son entourage. Elle a repris goût à l'existence, les forces sont revenues, l'appétit est normal, les suites des repas ne sont pas troublées. Depuis ce moment, la guérison s'est maintenue, et pourtant cette dame a renoncé à tout régime particulier, ne s'abstenant, par prudence, que des mets de haut goût et des boissons alcoolisées.

Voilà donc une malade qui a présenté une affection rebelle à tous les traitements symptomatiques auxquels elle a été soumise. Il semblait rationnel d'admettre que le défaut de mastication déterminait un surmenage stomacal du fait duquel la nutrition était altérée. Or, il s'est trouvé qu'on a pu constater que la suppression de l'infection buccale a amené, à elle seule, la disparition des troubles digestifs, et que la gastrite a été améliorée et même guérie avant rétablissement de la possibilité de mastication normale. Sans vouloir diminuer l'importance physiologique de la fonction de mastication que l'on doit toujours s'efforcer de sauvegarder ou de rétablir, on peut penser que, dans le cas qui vient d'être relaté, la pose d'appareils, construits aussi rationnellement que possible, n'aurait pas influencé l'état général aussi heureusement que la seule disparition de l'infection buccale. On peut conclure que la déglutition permanente des liquides purulents, malgré le suc gastrique dont l'action antiseptique est parfois en défaut (gastrite phlegmoneuse) a amené un état septique de la muqueuse stomacale dont la réaction particulière s'est traduite par les symptômes signalés plus haut.

On voit donc que l'infection buccale peut avoir une influence pathogénique considérable en dehors de la région où elle prend naissance ; il m'a semblé intéressant de suivre, à ce propos, cette action dans les multiples formes qu'elle adopte, et d'en retracer le rôle à grands traits et le plus brièvement possible.

Ces notions ne sont pas nouvelles, puisque dès 1859, Chassaignac décrit, sous le nom de cachexie buccale, cet empoisonnement du sang qui peut s'observer à la suite des fractures compliquées du maxillaire inférieur ou des complications de la carie dentaire. Après lui, Richet, en 1865, signale, comme complication des opérations sur la bouche, l'intoxication putride qu'il attribue à la déglutition des liquides purulents. Plus tard, Lejars a décrit la cachexie dentaire. Parmi les spécialistes, Richard-Chauvin a été, semble-t-il, un des premiers à rapporter aux suppurations buccales certains accidents généraux. Il faut encore citer le mémoire de Sébileau en 1901, le rapport de Caumartin (de Lille) au Congrès de Stomatologie de 1907, le mémoire de William Hunter, et les travaux de Julien Tellier qui s'est, à plusieurs reprises, occupé de la question, et auquel je ferai de larges emprunts dans la suite de cet exposé. Il faut encore citer les noms de Galippe, de Ferré, de Miller, d'Hugenschmidt, etc., afin de montrer que la question a sollicité l'attention de nombreux chercheurs.

La cavité buccale donne asile à une flore microbienne extrêmement variée. Elle contient des espèces non pathogènes, telles que le bactériu termo, le subtilis, l'amylobacter, le leptothrix, et des espèces pathogènes, staphylocoque, streptocoque, b. fusiforme, pneumocoque, b. de Koch, b. pseudo diphtéritique. Dans les conditions normales, les tissus de la bouche résistent à ces hôtes qui semblent devoir être un danger permanent ; ils jouissent vis-à-vis d'eux d'une immunité qui paraît absolue, et l'on sait que la bouche est une des régions où la guérison spontanée des plaies se produit le plus aisément. Pour ex-

pliquer cette immunité, on a invoqué l'action antiseptique du sulfocyanure de potassium de la salive ; mais cette opinion a été battue en brèche, le sulfocyanure n'existant qu'en quantité insuffisante. De même, la salive mixte a été reconnue incapable de jouer le rôle qu'on lui a prêté de s'opposer aux fermentations. Elle agirait plutôt mécaniquement, en diluant microbes et détritus alimentaires qu'elle entraîne dans l'estomac.

On peut également, avec Galippe et Mendel-Joseph, voir dans le polymicrobisme une cause de la résistance à l'infection des tissus buccaux, si l'on invoque la concurrence vitale, la lutte pour l'existence qu'ont à soutenir, les unes contre les autres, les différentes espèces microbiennes, conditions qui se trouvent d'ailleurs réalisées en d'autres régions.

Il est permis de supposer que les antitoxines et les alexines contribuent à assurer l'immunité des tissus buccaux.

D'autre part, il ne faut pas oublier que la région buccale est limitée par une barrière de tissus adénoïdes (base de la langue, pharynx, amygdales) qui ont la propriété d'apporter avec une extrême facilité, et à la moindre excitation infectieuse un important contingent de phagocytes polynucléaires. « Les cas sont fréquents de stomatites totales, dit Julien Tellier [1], ou même d'infections générales consécutives à l'existence d'angines de toutes sortes, dont quelques-unes résultent de lésions de la région gingivo-dentaire. Quelle que soit l'origine de ces inflammations amygdaliennes, ou para-amygdaliennes, il n'est pas défendu de supposer que, par le fait même de ces inflammations, le processus de la phagocytose est amoindri, peut même être annihilé ; la diapédèse des leucocytes est considérablement augmentée, ce qui démontre bien la nécessité d'un processus de défense devenu plus actif, mais ils sont, souvent du moins, impuissants dans leur lutte contre les micro-organismes qui ont récupéré, augmenté même leur virulence, sous des influences qu'il n'est pas, le plus souvent, possible d'établir ».

---

1. Odontologie, XXXVI, II, 152.

Lorsque l'immunité dont jouit la cavité buccale, ou l'organisme tout entier a disparu pour une raison quelconque, connue ou inconnue, quels sont les accidents qui surviennent le plus souvent, sous quelle influence pathologique se produisent-ils ?

En premier lieu, il faut envisager la carie du 4e degré, et ses complications immédiates, arthrite, abcès, fistules, sinusites, kystes suppurés, etc., que je n'ai pas à décrire ici, mais dont les effets sur les tissus voisins sont importants ; puis les gingivo-stomatites, quelle qu'en soit la cause ; et, ici, j'insiste sur les méfaits des racines non soignées, des chicots non utilisables, et que, souvent, recouvrent des appareils prothétiques dont les effets sont alors néfastes, *de quelque matière qu'ils soient confectionnés*. Il en est de même des couronnes à bague mal ajustée ou mal sertie, et qui irritent la gencive, par elles-mêmes et par les détritus alimentaires qu'elles retiennent et qui fermentent sur place. A signaler également l'éruption difficile de la dent de sagesse, avec les suppurations qui l'accompagnent souvent. Cependant une des principales causes de septicémie est le polyarthrite alvéolo-dentaire, contrairement à l'opinion de William Hunter qui ne lui assigne qu'un rôle étiologique assez restreint comparativement aux autres suppurations buccales. Pour Galippe, au contraire, on n'absorbe pas impunément pendant des années une sécrétion aussi infectieuse que celle produite par la pyorrhée alvéolaire, sans qu'éclatent des troubles graves.

Parmi les accidents, éloignés qui sont ou non sous la dépendance de l'infection buccale, certains se transmettent par la voie lymphatique, et l'on a alors l'angine de Ludwig, les adénites à localisations diverses, les adéno-phlegmons, le phlegmon de l'orbite. Au sujet des adénites, il faut noter que l'on a constaté que la bouche (et une dent, dans plusieurs cas d'une authenticité non douteuse) a été la porte d'entrée de l'infection tuberculeuse.

L'angine ulcéro-membraneuse est souvent consécutive aux ulcérations qui se produisent au niveau des dents de

sagesse ; enfin Galippe a cité un cas de rhumatisme aigu d'une articulation temporo-maxillaire en rapport avec une carie dentaire. Quelquefois, mais avec une rareté plus grande heureusement, l'infection emprunte la voie veineuse, et ce sont alors les phlébites septiques aboutissant aux phénomènes méningitiques, conduisant fatalement au coma et à la mort.

Nous avons vu tout à l'heure quel rôle peut tenir l'infection buccale du côté des voies digestives ; j'ajoute que Julien Tellier, lui impute une certaine forme d'embarras gastrique, et que le professeur Jaboulay a observé un cas d'appendicite en rapport avec des accidents infectieux causés par une dent de sagesse.

L'appareil de la circulation peut également être affecté par les suppurations buccales, et l'on a constaté des endocardites et des myocardites analogues à celles que l'on rencontre au cours de la diphtérie. Il peut également se produire des abcès métastatiques causés par des éléments septiques emportés par le courant circulatoire.

L'appareil respiratoire se ressent aussi de la septicité buccale ; les travaux de Bezançon établissent que l'agent de la pneumonie, le pneumocoque de Talamon, trouve souvent dans le milieu buccal des conditions favorables à l'exaltation de sa virulence. A signaler également la bronchopneumonie des rubéoleux qui ne survient guère que chez les malades atteints de stomatite ulcéreuse.

Je viens de passer une revue rapide d'affections qui peuvent être sous la dépendance de la septicémie bucco-dentaire ; mais il est une autre forme de septicémie, sans localisation, qui revêt les caractères des intoxications ; elle peut toucher tous les appareils de l'organisme, et l'on peut assister à tous les phénomènes observés au cours des intoxications : éruptions, purpura, hémorragies, paralysies, atrophie musculaire, etc. Cette forme peut aboutir à la cachexie au bout d'un temps assez long, ou bien, dans d'autres cas, prendre une allure aiguë, rapide. On voit quelles formes multiples peut revêtir la septicémie d'origine bucco-den-

taire ; il est probable qu'un grand nombre de ces manifestations sont encore ignorées ; quelques-unes sont à l'étude. Galippe notamment a jeté les bases de recherches importantes, exposées dans la thèse de Ferré, tendant à démontrer que, contrairement à l'opinion admise jusqu'ici, la pyorrhée ne serait pas une affection concomitante du diabète, mais que ce serait le diabète, ou du moins un certain diabète, qui serait sous la dépendance de la pyorrhée. Précisément notre confrère et ami André a communiqué ses observations à ce sujet le mois dernier à la Société d'Odontologie ; il a constaté des cas de guérison du diabète, à la suite du traitement de la pyorrhée.

Il peut être intéressant de se demander quelle part revient aux dents, dans les conséquences de la septicémie bucco-dentaire, et quelle part à la muqueuse. Celle-ci n'intervient en réalité que par suite de la présence des dents. Il n'y a pas de stomatites chez les édentés, ni chez ceux qui, ayant le système dentaire en état d'intégrité parfaite, ont adopté des habitudes rigoureuses d'hygiène ; il faut en conclure que l'influence prépondérante appartient aux dents, et que Lejars leur a assigné leur rôle étiologique véritable quand il a créé l'expression de cachexie dentaire.

Pour résumer la question, je ne saurais mieux faire que de reproduire la classification des septicémies bucco-dentaires proposée par Caumartin (de Lille).

I. — Septicémie aiguë lymphathique. Tendance à la diffusion rapide, absence de localisation nette, parce que l'infection est tellement grave qu'elle n'a pas le temps d'aboutir aux ganglions, et que la réaction de défense se fait d'emblée dans le tissu conjonctif qui entoure les lymphatiques (type angine de Ludwig succédant presque toujours à des caries compliquées ou à des extractions laborieuses)

II. — Septicémie aiguë phlébitique à laquelle Sebileau reconnaît trois voies veineuses ouvertes à l'infection :

La *veine faciale,* qui s'anastomose, à l'angle interne de

l'œil, avec les branches d'origine de la veine ophtalmique.

Le *plexus ptérygoïdien,* qui communique avec le sinus caverneux par les veines du trou ovale, du trou petit rond, du trou grand rond, du trou déchiré antérieur.

Les *veines anastomotiques ptérygo-orbitaires.*

Ces septicémies phlébitiques de la face affectent deux formes, la forme phlébitique simple et la forme phlébo-phlegmoneuse.

III. — La septicémie générale sans localisation qui prend, soit une forme aiguë répondant à une brusque décharge de toxines dans l'organisme, soit une forme chronique à marche lente, progressive vers la cachexie ; elle est due surtout à la pyorrhée et aux suppurations causées et entretenues par les racines non soignées.

Pour être complet il faut ajouter encore l'infection tuberculeuse et les intoxications par poisons exogènes (phosphore, mercure, etc.)

. . . .

La revue peut être longue, mais superficielle en vérité, qui vient d'être passée des multiples formes que peut prendre la septicémie d'origine buccale, doit aboutir à des conclusions pratiques qui s'adressent au médecin, au chirurgien et au dentiste.

Le médecin doit s'astreindre à examiner systématiquement la bouche de ses malades ; il ne doit pas la considérer *a priori* comme une région qui doive lui rester étrangère, sous le prétexte que le traitement lui en échappe. En l'examinant consciencieusement, il pourra, dans bien des cas, être mis sur la piste du diagnostic étiologique d'où découlera une thérapeutique appropriée.

De son coté, le chirurgien agira prudemment en faisant, dans la mesure du possible, mettre en état la bouche de ses futurs opérés, surtout quand l'opération doit intéresser le tube digestif. Il évitera ainsi ces poussées de fièvre, qui faute de cette précaution, se produisent quelquefois sans raison apparente.

Mais c'est au dentiste qu'incombe le rôle le plus impor-

tant. Il aura, quand le malade lui sera adressé à procéder à l'ablation du tartre, aux extractions jugées utiles, à traiter toutes les caries, à détruire les foyers de suppuration dus à la polyarthrite alvéolaire ou à l'éruption de la dent de sagesse, et toujours en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques nécessaires.

Cependant son rôle ne se borne pas là : son action doit surtout être *prophylactique*, et cette action-là, il devra l'exercer tous les jours, et à tous les moments de sa pratique. Il ne devra pas trop se fier à l'immunité naturelle des tissus buccaux et ne jamais laisser l'infection s'installer dans la bouche des malades qui se confient à ses soins. *Pour cela il lui suffira de se montrer bon technicien.* Il donnera notamment tous ses soins aux obturations, qui ne doivent pas être exubérantes au collet ; il ne négligera pas le sertissage parfait des bagues autour des racines. Il ne laissera pas subsister des racines ne pouvant être utilisées ou soignées, et, en tout cas, il ne les mettra pas en contact avec la plaque d'un appareil. Les dentiers ne devront pas léser la muqueuse, soit par des succions, soit par des crochets. La pyorrhée devra être toujours traitée. Enfin il devra faire, au besoin, l'éducation de ses malades, en attirant leur attention, ce qui suffit quelquefois, sur l'utilité d'une hygiène buccale rigoureuse.

En agissant ainsi, il aura conscience de se conduire en bon praticien, soucieux d'éviter des affections qui, pour se manifester à échéance souvent lointaine, n'en ont pas moins quelquefois un réel caractère de gravité.

REVUE DES REVUES

LA BARRE TRANSVERSALE DE SOUTIEN POUR BRIDGES AU POINT DE VUE DES PRESSIONS S'EXERÇANT DANS LA BOUCHE

Par OTTO REICHELMANN, de Strasbourg.

(Suite.)

D'autre part, l'ingénieur cherche, comme nous, des éléments de support, si les fondations et deux piles paraissent trop faibles, et construit pour renforcer, si besoin est, une, deux ou plusieurs piles dans la rivière ou le fossé. Il agit d'après des calculs très exacts et d'après des ordonnances de police. On peut discuter sur la valeur d'ordonnances de ce genre pour la bouche ; mais non sur ce fait que c'est seulement quand nous connaissons par des chiffres la force du renforcement, de la résistance normale des piliers et de leurs antagonistes, dans le maxillaire et suivant la relation existant entre elles deux d'après les lois physico-mécaniques, en tenant compte de forces pysiologico-compensatrices, que nous pouvons construire des ponts durables pour nos patients. Nous devons savoir de combien, dans l'occlusion normale, la pression sur une dent doit être augmentée pour agir encore physiologiquement et connaître la limite à partir de laquelle cette pression, de physiologique devient pathologique. C'est seulement quand nous connaissons cette pression en chiffres que nous pouvons passer à la détermination de la charge depuis les bridges les plus simples jusqu'aux plus compliquées.

Mais il nous faut aussi pour cela avoir fixé par des mesurages la force de résistance de chaque dent ou de ses racines aux influences mécaniques. On doit mesurer la force nécessaire pour l'extraction d'une dent pour avoir l'extrême de l'action pathologique, puis la force nécessaire pour ébranler une dent saine, ainsi que le temps pendant lequel est la direction dans laquelle elle doit s'exercer. Je ne me dissimule pas les difficultés à vaincre pour ces mesurages. Dans la pratique privée on ne peut les entreprendre, parce que les sujets, l'installation et le temps font défaut. Ce n'est que dans un institut, où les patients sont très nombreux et où l'on dispose des appareils voulus, que la chose est possible. Outre que la force nécessaire à l'extraction sur le vivant ne peut se mesurer que sous l'anesthésie locale, des essais de force prolongés ne peuvent naturellement pas se faire sur les vivants.

Ces essais doivent donc se faire sur des cadavres frais [1] et ne sont donc possibles que dans un institut où il peut y avoir collaboration entre l'institut dentaire et l'institut anatomo-pathologique. Je ne puis dire si les cadavres présentant des symptômes de décomposition ou des corps ayant séjourné longtemps dans l'acide phénique ou l'alcool donnent des résultats utilisables pour notre but. Comme avec le manque de cadavres pour les étudiants en médecine il est déjà très difficile de se procurer une préparation fraîche, la difficulté d'obtenir des matériaux d'essai pour notre étude augmentera encore. Les expériences sur les animaux ne donnant pas de termes de comparaison exacts, un moyen praticable serait peut-être d'entreprendre les essais sur des cadavres dont on a déjà préparé les nerfs et les vaisseaux et qu'on peut dès lors se procurer plus aisément.

Sur certains cadavres frais les crânes devraient être sectionnés en deux pour soumettre une moitié conservée fraîche aux expériences; tandis que l'autre moitié serait conservée dans l'acide phénique ou l'alcool pour être examinée par la suite. La différence des résultats entre le maxillaire frais et le maxillaire préparé donnerait les indications nécessaires pour corriger les nombres trouvés dans le premier groupe.

J'ai fait les expériences suivantes sur quelques cadavres : j'ai confectionné pour quelques maxillaires des ponts fixes munis, des deux côtés, de solides œillères, par lesquelles je faisais passer un fil de fer fort et courbé agissant comme bras de levier par son prolongement sur le maxillaire fixé à un étau soit du côté labial, soit du côté lingual. En chargeant et en mesurant la longueur du bras de levier par rapport à la longueur des racines et de l'angle suivant lequel celles-ci ont cédé, qui se détermine par les chevilles de contrôle ancrées dans les maxillaires dans la direction de l'axe normal des dents, on obtient la mesure de la solidité relative des dents avec ponts. La détermination de la force nécessaire pour l'extraction est plus compliquée, car celle-ci se compose surtout d'une luxation de deux côtés et de la traction presque simultanée. Là il faut mesurer d'abord l'effet du levier du côté labial et du côté lingual, puis la traction qui, outre la dilacération de la membrane radiculaire, doit surmonter aussi la pression atmosphérique. J'ai donc imaginé ce qui suit : j'ai mis de nouveau le maxillaire avec l'étau, puis j'ai confectionné une vis à tige permettant de resserrer solidement et sans céder les bras du levier autour de la dent à extraire, comme pour une extraction dans la bouche. A cette

1. Sur les cadavres frais le tissu du procès alvéolaire a perdu beaucoup de son élasticité, de sorte que les essais ne donneraient pas les mêmes résultats que sur le vivant. Si l'on essaye des extractions sur un cadavre frais, on est étonné de la difficulté qu'on rencontre ; relativement beaucoup de dents se brisent dans la tentative.

tige était soudé, dans le prolongement des bras de levier, un fort ruban de fer qui, gradué et chargé en conséquence, agissait comme bras prolongé du davier. Je pouvais ainsi déterminer la valeur de la luxation linguale et labiale, tout en mettant le maxillaire dans l'étau suivant le côté. Pour déterminer la dernière traction, j'ai vissé solidement à côté de l'écrou, plus haut que le maxillaire fixé, un bras de fer solide, auquel est fixée une tige de fer articulée, dont le bras le plus long est gradué comme bras de levier, tandis que le bras le plus court saisit verticalement au-dessus de la dent par un bras mobile avec crochet au-dessous la charnière du davier et exerce, lors de la pression du long bras de levier, la traction verticale sur la dent ébranlée.

En raison de ce que j'ai dit, mes expériences n'ont qu'une valeur problématique, d'autant que je n'ai pu me procurer des cadavres frais. Je recommanderais donc de faire en grand nombre des expériences semblables dans les Instituts ; les résultats différeraient suivant le sexe, l'âge, la race, etc., mais par une coopération générale, avec des matériaux suffisants, elles auraient une valeur qui servirait de règle et de base pour nos travaux prothétiques. Alors l'expérience acquise grâce aux pièces de prothèse faites sur ces données conduirait à des lois incontestables qui pourraient servir à la confection des appareils prothétiques. L'orthodontie tirerait les plus grands profits de ces mesurages, car il lui importe de connaître les résistances qu'elle est appelée à rencontrer dans les redressements. Elle règlerait d'après cela le genre et la force de ses appareils de redressement, l'action de la traction et de la pression. Il ne faut pas confectionner comme des ouvriers ici des pièces et là des ponts, mais nous préoccuper dans chaque cas des effets nuisibles qui peuvent se produire, de la force avec laquelle ils peuvent se produire par suite d'un appareil de tel genre ou de tel autre, ainsi que des moyens d'empêcher, d'écarter ou d'affaiblir ces effets. Il est clair que nous avons pour chaque genre de prothèse des conditions plus défavorables dans le parallélogramme des forces qu'avec la denture normale fermée. Et précisément pour cela il est doublement nécessaire de connaître par des chiffres la limite physiologique des forces mécaniques et d'égaler la charge et la décharge physiologiquement. Nous pouvons ainsi établir la limite jusqu'à laquelle la confection d'un pont est justifiée et quand, au lieu de cela, il faut donner la préférence à une pièce, en écartant bien entendu la situation sociale du patient.

Si, en écartant les pièces de prothèse, je veux essayer de subordonner les couronnes et les ponts au point de vue du chargement et du soutien, je sais bien que je ne fais que quelque chose d'imparfait, parce que la base scientifique manque pour une série de questions importantes et parce que le champ est trop vaste pour raiter la

question à fond dans un article. Je le fais néanmoins pour apporter ma petite pierre à l'édifice de la dentisterie et provoquer l'apport des clefs de voûte par de plus compétents.

Si l'on considère les ponts au point de vue de la charge et de la décharge, on les divise en deux groupes : 1° le premier, dans lequel les piliers du pont sont en nombre et en force suffisants pour la confection de ponts suspendus ou de ponts à selle amovibles; 2° le second, dans lequel il n'en est pas ainsi et où il faut chercher d'autres éléments de soutien. Le premier se subdivisera en deux sections : ponts fixes, ponts amovibles ; le second ne comptera que des ponts amovibles. J'ai essayé de résumer et de grouper dans le tableau ci-après les cas principaux, mais il faut tenir compte, indépendamment de la charge, des éléments purement techniques.

I. — Ponts avec piliers en nombre et force suffisants.

A. — *Fixes.*

a) Avec 1 pilier.

1° — 1 dent soudée.

2° — 2 dents soudées ou plus.

b) — 2 piliers ou plus,

Comme ponts suspendus.

1° Si les piliers sont ou peuvent être parallèles.

2° S'il est possible de faire une réparation dans la bouche.

3° Si l'éloignement des piliers l'un de l'autre n'est pas trop grand.

B. — *Amovibles,* si

a) Les piliers sont trop faibles pour un pont suspendu, mais assez forts pour un pont à selle ;

b) Les piliers ne sont pas ou ne peuvent pas être parallèles ;

c) L'articulation est tout à fait défavorable.

II. — Ponts amovibles avec piliers en nombre et force insuffisants.

A. — Il existe des piliers d'un côté, mais qui sont trop faibles comme pont à selle et où une dent de l'autre côté fermé peut servir à la décharge :

a) Dans le maxillaire supérieur ; *b)* dans l'inférieur ;

B. — S'il existe des piliers des deux côtés, qui, d'un côté, même comme ponts à selle, sont trop faibles et qui doivent être appuyés réciproquement par une tige de soutien :

a) Dans le maxillaire supérieur ; *b)* dans l'inférieur ;

C. — S'il existe des piliers suffisants d'un côté, et de l'autre seulement un pilier antérieur ou un pilier extérieur ;

a) Dans le maxillaire supérieur ; *b)* dans l'inférieur :

D. — S'il y a des piliers antérieurs, mais si les piliers postérieurs font défaut des deux côtés :

a) Dans le maxillaire supérieur ; *b)* dans l'inférieur ;

E. — S'il y a des piliers postérieurs, mais si les antérieurs manquent tous :

a) Dans le maxillaire supérieur ; *b)* dans l'inférieur.

Passons aux cas où une dent est utilisée pour porter une deuxième dent, cas qui ne méritent pas l'appellation de pont. Prenons d'abord les dents antérieures où ces pièces se font le plus souvent : le facteur nuisible important est la rotation autour de l'axe de la dent support. Supposons que la racine de $\underline{|1}$ ait une dent à pivot à laquelle la $\underline{|2}$ manquante est soudée et nous aurons : n° 1 et 2 doivent supporter normalement une pression de 20 à 30 kilog. $\underline{|1}$ doit aussi supporter dans ce cas la double pression normale, ce qu'elle peut faire au besoin. Mais il s'ajoute à cela que la $\underline{|2}$ soudée en cas de charge agit comme levier sur $\underline{|1}$ et provoque la force de rotation nuisible. Le levier de rotation se compose de la largeur de la dent soudée, plus du rayon de la section de la dent support à laquelle comme force de décharge n'est opposé que le demi-diamètre de la dent support. D'après le principe : la longueur du levier est en proportion inverse de la force, il doit y avoir dans ce cas relativement favorable une action nuisible lorsque $\underline{|1}$ tourne autour de son axe et que $\underline{|2}$ est repoussée hors de la rangée de dents. Plus la dent soudée est large, plus l'action nuisible du levier est forte. Si $\underline{|1}$ et $\underline{|2}$ soudée agissent déjà d'une façon nuisible, cela doit se produire seulement si à $\underline{|1}$ la $\underline{1|}$ est fixée ou même si à $\underline{|2}$ est fixée l'incisive médiane ou la canine. Si nous avons une racine de canine particulièrement forte pour porter une petite incisive latérale, il est possible dans ce cas que la solidité relative de la racine de la canine suffise pour paralyser le levier de l'incisive latérale sans nuire particulièrement.

D'ordinaire, pour les dents de devant il faut toujours prendre une deuxième dent comme support, soit au moyen d'un crampon palatin, dont la valeur est discutable, soit au moyen d'une obturation, ou, ce qui est le plus sûr, en se servant du deuxième support comme d'une dent à pivot. Pour les prémolaires et molaires, à la rotation, autour de l'axe de la dent qui sert de support s'ajoute le mouvement de celle-ci dans le sens de la dent soudée. Ce que Godon a dit dans son parallélogramme des forces pour une seule dent se produit ici dans une plus large mesure, si le point de contact de la dent soudée avec la dent voisine n'est pas fortement formé. Admettons que la première soit fixée à la deuxième prémolaire, nous aurons d'abord le mouvement en avant, puis le mouvement de rotation. Toutefois celui-ci n'est pas aussi fort que pour les dents antérieures parce que le cuspide correspondant de l'antagoniste, dans une articulation juste, an-

nule une partie de ce mouvement, mais seulement si la prémolaire soudée est exactement modelée avec deux cuspides articulant et non pas si elle est faite comme une incisive, ainsi que c'est souvent le cas. Alors naturellement le mouvement de rotation doit être aussi fort que dans les prémolaires et même plus fort, parce que la pression dans celles-ci est plus forte que dans les dents antérieures. Cette pression jointe à ce fait que le diamètre des racines des prémolaires n'est pas plus grand que dans la canine ou l'incisive médiane, amène ce résultat qu'une prémolaire n'est pas en état, sans s'endommager, de porter une autre prémolaire.

Même la première molaire, qui a le plus grand diamètre, sera toujours un peu endommagée par une prémolaire soudée, parce que le rayon de son diamètre sera toujours plus petit que le levier de la dent soudée, de sorte qu'il faut toujours considérer que plus la dent est voisine de la dent de sagesse, plus la charge qu'elle supporte sera grande. Il est donc inadmissible qu'on fixe à la première molaire une deuxième molaire, abstraction faite de ce que cette pratique est à rejeter au point de vue hygiénique en raison de l'impossibilité du nettoyage. En résumé, à peu d'exceptions près, ceci doit toujours être rejeté lorsqu'une seule dent sert de support unique à une deuxième. Nous devons donc toujours, pour ne pas provoquer des pressions nuisibles, utiliser une deuxième dent comme élément de renforcement sous une forme quelconque : crampon, obturation, dent à pivot, couronne. Suivant le cas on recourra à telle ou telle dent pour le soutien : par exemple, pour la première prémolaire, la deuxième prémolaire et la première comme support ; pour la deuxième prémolaire, la première molaire et la deuxième molaire ou, au lieu de celle-ci, la première prémolaire, etc. Pour la première molaire, la première et la deuxième prémolaires suffisent. Naturellement il est déraisonnable de fixer à une seule dent deux ou trois autres dents à une selle. Ces ponts ne peuvent avoir qu'une courte durée : trois mois suffisent d'ordinaire pour ébranler la dent support. A rejeter également le cas suivant, qui se trouve dans ma collection ; il y avait à remplacer $\underline{5\ 4}|$; $\underline{6}|$ reçut une couronne fixe, $\underline{3}|$ un crampon à ruban, tandis que $\underline{5\ 4}|$ étaient fixées sur une selle avec $\underline{6}|$. Au bout de peu de temps $\underline{6}|$ fut détruite et ne put être conservée, tandis que $\underline{3}|$ était endommagée par une carie profonde du collet.

Les résultats sont bien plus avantageux si l'on emploie deux piliers pour un pont, car on peut confectionner un pont suspendu si les piliers sont ou peuvent être rendus parallèles, parce qu'alors il est possible de façonner les coiffes ou les anneaux des piliers avec des bords irréprochables, qui assurent la permanence du succès. Quant à la charge, comme nous ne nous basons que sur l'empirisme et que nous ne connaissons pas encore de rapport exprimé par un nombre

entre la charge et le soutien, nous pouvons dire seulement que nous devons nous garder de surcharger. Deux piliers solides peuvent porter sans danger deux intermédiaires, par exemple, la canine et la première molaire peuvent porter les deux prémolaires ; on peut même reposer trois intermédaires sur deux piliers terminaux solides, de la canine à la deuxième molaire, par exemple, mais c'est là l'extrême limite permise. Une charge plus grande, canine, dent de sagesse, serait une surcharge pour un pont suspendu ; toutefois nous ne pourrons nous prononcer définitivement que quand nous connaîtrons les qualités de charge et de soutien.

Si la charge est plus grande, il faut chercher des forces qui soutiennent et charger aussi le maxillaire de l'intermédiaire, tout en fixant aussi le pont solidement sur le maxillaire au moyen d'une large selle, au lieu de le faire suspendu. Je suis d'avis de faire ces ponts à selle amovibles, de sorte que le patient puisse les retirer et les remettre lui-même. C'est seulement dans les cas où cela est impossible techniquement que j'admets le pont amovible, que le dentiste peut enlever à de grands intervalles. Les ponts à selle fixe doivent être rejetés à cause de l'impossibilité de les nettoyer. Tous ceux qui ont eu occasion d'enlever des ponts à selle fixe portés quelque temps sont convaincus par la vue et l'odorat que ce sont des réceptacles de cellules épithéliales refoulées, de particules alimentaires décomposées et corrompues, de mucus, etc. Même dans les ponts suspendus fixes disposés pour le lavage et nettoyés péniblement par le patient nous rencontrons toujours un dépôt notable. J'ai toujours constaté dans mes ponts à selle amovibles portés longtemps sans enlèvement du pont, malgré une jointure hermétique et une fixité absolue, des restes d'aliments sous la selle, tandis que l'arc de renforcement restait relativement propre au maxillaire supérieur. Par contre j'ai souvent vu des patients un peu sensibles éprouver une légère syncope en enlevant un pont fixe, par suite de la puanteur qui s'en dégageait et déclarer ne plus vouloir dans la bouche une pareille malpropreté.

Il n'en est pas ainsi pour un cas isolé, mais le pourcentage des mécomptes donnés par les ponts à selle est si élevé que même les plus chauds partisans de ce genre de prothèse en sont stupéfiés. Comme il est impossible d'enlever complètement le ciment qui se glisse sous la selle, lors de la pose, il doit inévitablement en résulter de l'inflammation. Il est incontesté que le pont à selle donne une haleine désagréable. Si l'on y ajoute les ostéites des mâchoires qu'il provoque, on devra renoncer à ce genre de prothèse.

La confection de ces ponts ne serait excusable que si l'on ne pouvait pas en confectionner d'autres. Mais heureusement il n'en est pas ainsi, car, grâce aux pivots à ressorts, vis, etc., nous pouvons rendre amovibles les ponts à selle fixe et leur donner la solidité et la stabilité

de ceux-ci, malgré l'amovibilité. Certes la confection du pont amovible exige plus d'habileté technique que le pont fixe ; mais loin d'être un obstacle, ce doit être un stimulant, puisqu'il s'agit du bien-être de nos patients.

Je le répète, je suis un adversaire déclaré des ponts à selle fixe et je les fais seulement amovibles, depuis 12 ans au moins, avec le plus grand succès. D'autre part je préfère les ponts suspendus fixes dans tous les cas précités, quand ils sont possibles et quand il existe un juste rapport entre la charge et le soutien, aux ponts amovibles.

Quand l'éloignement des deux piliers est trop grand ou que leur solidité relative n'est pas suffisante, au lieu de pont suspendu fixe, nous construisons un pont à selle amovible et, en comprenant le maxillaire sur une large base dans le support de celui-ci, nous obtenons des chances de durée plus grandes. Nous préférons aussi un pont amovible au pont fixe quand les piliers divergent de telle sorte qu'ils ne deviennent pas parallèles ou quand l'articulation est si défavorable qu'il y a à craindre des réparations, malgré le procédé de coulage, le système à creux, etc.

Quand les piliers ne sont ni assez nombreux, ni assez forts, par l'empirisme nous sommes arrivé à comprendre dans le soutien l'autre côté, solide, du maxillaire au moyen de la surarcade de Bryan, modifiée notablement par moi comme tige de soutien et reposant d'abord sur le maxillaire inférieur. Quand du côté du pont il existe deux piliers angulaires, mais seuls et trop faibles même avec pont à selle, pour la pression de la mastication, et que pour le soutien il faut recourir à l'autre côté, intact du maxillaire, la surarcade de Bryan ne convient pas, parce que ce cas se range logiquement, comme transition à la tige de soutien dans la série des ponts. Je vais d'abord examiner ces cas, réservant l'explication de l'action de soutien de la tige de soutien pour les cas où le 2e pilier manque d'un côté.

(*A suivre.*)

ERRATUM

L'article sur *Les anesthésiques locaux* de M. A. F. Plicque, paru dans *L'Odontologie* (n° du 30 décembre 1912, Revue des Revues) était extrait du Bulletin Médical du 16 novembre 1912).

Dans ce même article, page 544 une interversion a faussé la formule suivante, que nos lecteurs auront d'ailleurs rétablie d'eux-mêmes, et qu'il faut lire ainsi :

Solution mère d'adrénaline..............	X gouttes.
Chlorhydrate de cocaïne..............	0 gr. 10 centigr.
Eau distillée..............................	10 gr.

N. D. L. R.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 3 décembre 1912.

Présidence de M. AUDY.

La séance est ouverte à 9 h. 25.

I. — CORRESPONDANCE.

Le secrétaire général. — La Fédération dentaire nationale tiendra une assemblée générale le samedi soir 22 février et nous demande à cette occasion d'organiser une séance de démonstrations le dimanche matin 23. Je prie les confrères qui auraient des démonstrations à faire de bien vouloir me donner leurs noms.

M. Godon s'excuse de ne pouvoir assister à la séance de ce soir ; M. Aguilar qui devait nous faire une conférence sur son voyage en Amérique s'excuse également. Cette conférence est donc reportée au commencement de l'année prochaine.

Le président. — Nous sommes très heureux d'avoir ce soir parmi nous un de nos distingués confrères du Chili, M. Valenzuela, qui a déjà eu l'occasion de nous faire ici une conférence sur l'Ecole dentaire dont il est le directeur au Chili. (*Applaudissements.*)

II. — LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE AU POINT DE VUE DE LA PATHOLOGIE COPMPARÉE, PAR M. MENDEL-JOSEPH.

M. Mendel-Joseph donne lecture d'une communication sur ce sujet (Sera publiée).

DISCUSSION.

M. Roy. — La communication de M. Mendel-Joseph est extrêmement intéressante. Il nous apporte en effet, dans ses préparations, des preuves d'une analogie très grande avec la pyorrhée humaine. Il est certain que de l'examen de ces pièces il pourra résulter des données très intéressantes au point de vue de la connaissance de la pyorrhée qui, comme il le disait avec raison, est absolument impossible à étudier à la période du début chez l'homme au point de vue microscopique.

Les seuls cas qu'on puisse étudier ainsi chez l'homme, ce sont les cas de pyorrhée extrêmement avancés.

La chose serait cependant possible, mais il faudrait se livrer à des recherches nombreuses sur les cadavres des hôpitaux : cela nécessiterait un temps considérable et on aurait à surmonter des difficultés au moins aussi grandes que celles que M. Mendel-Joseph signalait à propos des pièces anatomiques qu'il a cherchées parmi les chiens.

Il y a là cependant, je crois, pour ceux qui auraient le loisir de s'en occuper, un champ de recherches intéressantes. On pourrait trouver quelques cas de pyorrhée au début et prélever quelques pièces.

Je félicite M. Mendel-Joseph de sa très intéressante communication de ce soir et j'espère qu'aussitôt que la chose lui sera possible, il nous fera part du résultat des recherches microscopiques qu'il se propose de faire.

M. Roy. — L'observation que vient de faire M. Mendel-Joseph me permet de revenir sur un point qui m'avait frappé au début de sa communication. Il nous a dit en effet que la pyorrhée était une maladie de gens riches et qu'elle se rencontrait fréquemment dans la clientèle aisée et très rarement dans la clientèle hospitalière. Je tenais à lui dire que ce n'est pas tout à fait mon avis, si j'en juge par ce que j'ai pu constater au cours de mes consultations hospitalières.

Vous avez pu tomber dans une série de sujets particulièrement favorables à l'affirmation de ce que vous avez avancé, c'est vraisemblable, mais je ne puis pas pour ma part m'associer à cette conclusion que la pyorrhée est rare dans les hôpitaux, parce que j'en rencontre très fréquemment des cas.

Peut-être est-elle plus rare chez les très jeunes sujets, comme on en observe dans la clientèle aisée où on voit des débuts de pyorrhée chez des gens relativement jeunes.

Dans ma consultation hospitalière je la rencontre fréquemment et par conséquent j'en conclue que les malades qui sont hospitalisés pour des affections non dentaires doivent bien présenter de la pyorrhée également. On dit : c'est une maladie de gens riches entendons-nous. Les gens fortunés absorbent plus qu'ils ne dépensent, ce sont des gens trop riches au point de vue organique, si on peut dire, mais cet excès de richesse n'est pas l'apanage exclusif de la fortune et pour être trop riches au point de vue organique, il n'est pas nécessaire d'être très riche au point de vue financier.

M. Mendel-Joseph. — Je n'ai pas dit que'elle n'existait pas, j'ai dit qu'elle était rare.

M. Roy. — Votre observation me fera toutefois apporter à cette question une attention plus grande lors de ma consultation

hospitalière, mais enfin dès maintenant, sans avoir de données statistiques à vous présenter, je peux vous dire que la pyorrhée n'est pas une chose exceptionnelle à l'hôpital et mon ami Frey pourrait sans doute vous dire comme moi qu'il a aussi constaté des cas de pyorrhée à l'hôpital.

Le président. — Je ne veux pas laisser M. Mendel-Joseph se lever sans le remercier de sa communication si documentée et sans émettre le vœu qu'il continue ses travaux sur une question aussi intéressante que la pyorrhée alvéolaire au point de vue pathologie comparée.

Nous savons tous que la pyorrhée, j'en parle ainsi d'après mon expérience personnelle, se généralise de plus en plus. Je ne sais si cela tient au bien-être matériel des individus, mais je crois qu'il faut incriminer aussi toutes ces intoxications qui font que l'arthritisme se développe de plus en plus dans la population actuelle.

Je crois qu'au point de vue de la pathologie comparée, M. Mendel-Joseph pourra nous donner des observations et des coupes faites sur des humains et nous faire part en même temps du résultat de ses observations sur des animaux qui peuvent être aussi dégénérés que les chiens, et qui doivent certainement présenter de la pyorrhée. J'ai vu, pour ma part, des chats qui perdaient les dents à un âge avancé, il est fort probable — je ne les ai pas examinés à ce point de vue particulier — qu'ils perdent leurs dents à cet âge par suite de pyorrhée. (*Applaudissements.*)

III. — Diabète et pyorrhée alvéolaire, par M. George André.

M. Georges André donne lecture de sa communication, qui est chaleureusement applaudie (Sera publiée).

Il ajoute : Je voudrais appeler votre attention sur ce fait que c'est à partir de 1902 exactement que mon attention a été mise en éveil sur ces faits. J'ai laissé passer des années avant de faire part de ce que j'avais observé.

J'ai eu un sujet qui était près de moi : c'est ma mère. Elle était diabétique et avait jusqu'à 100 grammes et plus de sucre par litre. Elle se trouvait dans un état de santé chancelant : nous pensions même la perdre à un moment donné. Elle était atteinte de pyorrhée, elle avait des troubles nerveux qui provenaient sans doute de cette ingestion de pus, elle ne pouvait pas dormir.

Je lui ai enlevé toutes ses dents, je l'ai soignée, elle est tout à fait guérie, et actuellement elle porte un dentier. Dernièrement elle s'est fait faire l'analyse des urines, on ne trouve plus de sucre du tout.

J'ai 40 observations semblables.

Discussion.

M. Roy. — Il est regrettable que vous ne nous donniez le détail de l'observation que d'un seul de vos malades alors que vous nous dites avoir 40 observations.

M. André. — C'est un minimum.

M. Roy. — La chose est extrêmement intéressante. Une hirondelle ne fait pas le printemps, or pour les maladies, pour les malades, c'est la même chose, c'est pourquoi votre communication se serait trouvée renforcée de beaucoup si au lieu d'une observation vous nous aviez donné lecture sinon des 40 observations que vous possédez, du moins d'un certain nombre d'entre elles choisies parmi les plus typiques.

Les deux faits que vous nous signalez sont évidemment impressionnants. Pour ma part je ne me rallierai pas à certaines de vos théories qui ne me paraissent pas être très justes, mais, dans les faits que vous nous signalez il y a un fait clinique qui en lui-même mérite d'être observé, étudié, contrôlé. Je vous demanderai pour la publication de vouloir bien donner des observations en plus grand nombre, parce qu'il est indispensable pour donner en même temps toute sa valeur à votre communication d'avoir un plus grand nombre d'observations bien prises. C'est la remarque capitale que je tenais à vous faire.

En médecine aujourd'hui on ne dit pas il y a un diabète, on dit : il y a des diabètes.

Il y a le diabète d'origine hépatique, le diabète pancréatique, il y a un diabète qui est d'origine nerveuse. C'est une question extrêmement complexe que celle du diabète. Il peut se faire qu'il y ait un diabète dentaire, la chose n'est pas invraisemblable et vos observations tendraient à le prouver. L'avenir nous dira peut-être ce qui en est exactement. Pour ma part je crois que ce serait un tort d'essayer de généraliser, d'autant plus que en ce qui me concerne, je connais des diabétiques qui n'ont pas de pyorrhée. J'ai connu notamment une personne qui est morte maintenant, c'était un de mes clients, il était un très gros diabétique, il a fait jusqu'à 300 grammes de sucre ; eh bien il n'avait pas de pyorrhée. Il avait des dents extrêmement solides. Cet homme est mort à une soixantaine d'années et à ce moment-là il avait encore la majeure partie de ses dents qui étaient toutes extrêmement solides. Il ne faut donc pas généraliser puisque certains malades ayant une grosse quantité de sucre depuis très longtemps peuvent avoir malgré cela la majorité de leurs dents, et n'avoir pas de pyorrhée et que par contre vous verrez des gens ayant une petite quantité de sucre avoir une pyorrhée formidable.

Je crois que tous ceux qui ont eu connaissance de votre communication, tous ceux qui l'ont entendue, rechercheront dans leur clientèle les cas de diabète et s'efforceront de contrôler vos théories, parce qu'il y a un fait qui peut s'expliquer. Il est certain que la déglutition constante de pus par les malades peut provoquer l'éclosion du diabète et l'entretenir : la chose est très possible.

Je vous demanderai encore une fois, et c'est la chose sur laquelle j'insiste le plus, sans vouloir me prononcer ni pour, ni contre, je vous demanderai de nous donner des observations bien établies des cas les plus typiques que vous pouvez avoir observés, même de tous les cas, ce ne serait pas excessif.

M. André. — De mes observations, je vous ai cité la première et la dernière seulement, pour ne pas prendre tout votre temps, car toutes ces observations sont identiques ou à peu près. Me répéter 40 fois aurait été un peu exagéré. Je voulais simplement ce soir attirer votre attention sur ces faits, parce qu'en clientèle il est assez difficile de pouvoir suivre ces cas. Je me suis rendu compte que c'était une question très complexe : je vous ai fait part de ce que j'ai observé.

J'ai dans mes archives le détail des 40 observations dont je vous ai parlé, ce soir j'ai simplement voulu attirer votre attention sur ces faits.

Le président. — Nous remercions M. André de sa communication qui ouvre des horizons tout à fait nouveaux sur la pathogénie du diabète et qui tend à agrandir le champ des affections qui reconnaissent une cause d'origine dentaire.

Il est certain qu'on peut discuter beaucoup cette nouvelle hypothèse ; on peut se demander s'il ne s'agit pas là d'une simple corrélation et non pas d'une relation de cause à effet, ou si par exemple la pyorrhée n'est pas chez le diabétique l'effet du diabète qui diminuerait la force de résistance du ligament alvéolaire et qui disparaissant d'elle-même serait la raison pour laquelle le diabète guérit. On peut arriver ainsi à tourner dans un cercle vicieux. Sans tout à fait pousser jusqu'à la relation de cause à effet, c'est un horizon nouveau que M. André nous ouvre, j'espère qu'il continuera ses observations et que parmi les auditeurs de ce soir si quelques-uns de nos confrères ont l'occasion d'observer des cas de ce genre ils pourront nous les apporter pour confirmer ou infirmer les théories nouvelles de M. André. *(Applaudissements.)*

(A suivre.)

RÉUNIONS ET CONGRÈS

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Session de Stockhlom, aout 1912.

Commission d'hygiène.

(*Suite.*)

Les nominations suivantes de membres honoraires et de Comités nationaux ci-après sont proposées :

Président honoraire. M. Elof Förberg, Stockholm.

Membres honoraires. MM. Kirchner, directeur dans un ministère, Berlin : Paul Ritter, Berlin ; S. C. Benson, Helsingfors.

Membre du comité. M. Lingner, Dresde.

Comité national danois. M. Viggo Randböll, dentiste militaire, Copenhague.

Comité national allemand. M. Pursche, Berlin.

Comité national autrichien. MM. Scheff, Weiser, Gabriel Wolf, Vienne ; Bönnecken, Prague.

Comité national suisse. M. Eltner, Bâle.

Comité national finlandais. MM. Pehr Gadd, Gunnar Siven, Helsingfors.

Comité national russe. MM. Fr. Zwierschorsky, M. Minker, St-Pétersbourg ; J. Otantschikoff, P. Dauge, Moscou ; Rakowsky, Charkoff ; A. Redalien, Odessa.

Comité national des Philippines. MM. L. Ottofy, J. L. Arbiza, B. Arevalo, Manille.

Comité national japonais. MM. Chiwaki (Directeur de l'École dentaire, Tokyo), S. Jenomoto (Président de la Société dentaire japonaise), S. Schimura, T. Shmamine, de Tokio.

Il est proposé de modifier le règlement par l'adjonction suivante à l'article 10 : « Le Conseil exécutif se compose non seulement de 50 membres nommés régulièrement, mais encore des présidents et secrétaires des diverses Commissions. » — Renvoyé au Conseil exécutif.

Il est décidé, sous réserve de l'approbation du Conseil exécutif que « des exemplaires des *Archives internationales d'hygiène buccale* seront à la disposition de chacun des Comités nationaux dans une des quatre langues officielles, les dépenses étant payées par la F. D. I. ».

Il est décidé également de recommander aux Comités nationaux la brochure de M. Walkhoff sur l'hygiène dentaire et de les prier de demander aux autorités scolaires la publication semestrielle de statistiques sur l'hygiène buccale sur le modèle de celles de Strasbourg avec les modifications jugées nécessaires dans chaque pays.

Le président propose que les comptes de la H. C. F. D. I. soient vérifiés annuellement par le trésorier de la F. D. I.

Sur la proposition de *M. Christensen*, il est décidé d'envoyer des télégrammes de remercîments et de félicitations à la reine mère de Hollande et au roi de Danemark, signés Paterson, Jessen, Van der Hœven.

M. Christensen donne lecture d'une communication intitulée « Traitement méthodique des enfants des écoles secondaires par des dentistes privés ». (V. n° du 30 octobre 1912.)

M. Cunningham estime que l'auteur a abordé un sujet d'une grande importance, mais plus théorique que pratique, M. Rosenthal a réalisé un projet de traitement des écoles secondaires et privées. Il faut connaître les résultats de l'expérience en cette matière; il propose donc l'ajournement de la discussion. — *Adopté.*

M. Wolf donne lecture d'une communication sur « L'hygiène dentaire scolaire en Autriche. » (V. n° du 30 octobre 1912.)

M. Lagerheim lit une communication sur « Le pain national suédois et sa valeur pour la santé de la bouche » (V. n° du 15 novembre 1912) et présente des spécimens de pains suédois, que les membres examinent et goûtent.

M. Christensen lit une communication sur « Les carottes crues comme facteur important de l'hygiène dentaire » (Sera publiée).

M. Cunningham a fait le 29 août une démonstration cinématographique dans un cinématographe de Stockholm.

M. Paterson a présenté M. Cunningham comme le pionnier du mouvement d'éducation populaire par le cinématographe pour le soin des dents.

M. Cunningham dit que ce mouvement est né en Suède, car c'est à Stockholm qu'il a parlé la première fois des dents des enfants. Ce n'est que par les enfants que la race future peut être sauvée. Il est très difficile de projeter un film comme celui-là, qui n'est pas complet, mais c'est un premier essai, et, comme Anglais, il est fier d'être le premier à le présenter. A Cambridge, en 1907, 3 o/o des enfants avaient des dents permanentes saines ; en 1912, plus de 70 o/o avaient des dents permanentes saines et une bouche propre. Ce résultat est dû à l'Institut dentaire infantile de Cambridge. Ce que Cambridge a fait, toute autre ville, grande ou petite, peut et doit le faire, et c'est ainsi qu'on sauvera les dents d'une nation.

Le film était divisé en 5 parties : 1° aspect anatomique des mâchoires et des dents ; 2° éruption des molaires de 6 ans ; 3° carie d'une dent ; 4° et 5° traitement des enfants à l'Institut dentaire infantile de Cambridge.

Le 29 août, après-midi, M. Fletcher (New-York), lit une communication : « Une appréciation sur la profession dentaire » (Sera publiée).

(*A suivre.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

RAPPORT SUR LA DEUXIÈME SESSION DE L'EXAMEN DE VALIDATION DE STAGE

Par Geo. Villain,
Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous avons précédemment rendu compte de la première session de l'examen de validation de stage qui eut lieu en juin et juillet 1912 et nous avons dit l'émotion provoquée par les résultats de cette session. Nous avons également indiqué les remèdes à apporter à la situation pour éviter le retour d'un pareil état de choses.

A la suite de l'article que nous avions adressé à *L'Odontologie* et à l'*Union fédérale dentaire nationale*, un rapport, rédigé par MM. Maurice Roy et Georges Villain fut adopté par l'Union fédérale, puis présenté aux pouvoirs compétents. Si les conclusions de ce rapport n'ont pas été adoptées intégralement en haut lieu, il en fut largement tenu compte ; aussi avons-nous eu la satisfaction d'enregistrer des résultats normaux[1] pour la deuxième session, qui s'est terminée en novembre dernier.

Une statistique comparative entre les résultats de ces deux sessions donnera au lecteur, mieux que toute discussion, une idée exacte des heureuses conséquences de l'intervention de l'U.F.D.N.

	Session de juillet.		*Session d'octobre.*	
	Candidats	Validés	Candidats	Validés
Paris	125	25 = 20 o/o	76	38 = 48,7 o/o
Province	67	59 = 88 o/o	36	29 = 80 o/o
Total	192	84 = 44 o/o	112	67 = 60 o/o

Si nous faisons l'étude comparative des résultats de ces deux sessions pour l'Ecole dentaire de Paris, nous trouvons :

	Session de juillet.		*Session d'octobre.*	
	Candidats	Validés	Candidats	Validés
Paris	42	9 = 21 o/o	25	16 = 64 o/o
Province	0	0	13	9 = 69 o/o
Total	42	9 = 21 o/o	38	25 = 66 o/o

Si les résultats sont restés en province sensiblement les mêmes, à Paris la différence est grande : la proportion des ajournés est

1. Nous disons normaux par comparaison au pourcentage habituel de nos élèves, dont nous connaissons l'enseignement reçu ou suivi, admis dans les examens exigés des candidats au titre de chirurgien-dentiste.

passée de 80 °/₀ en juillet à 51 °/₀ en octobre. Mais si nous examinons les résultats obtenus pendant ces deux sessions à Paris par les élèves d'une même école, c'est-à-dire des élèves ayant suivi une même préparation pour chacune de ces sessions, nous remarquons qu'en juillet les candidats présentés par cette école échouaient dans la proportion de 79 °/₀, alors qu'en octobre cette proportion tombe à 36 °/₀.

Ces chiffres nous semblent suffisamment éloquents, par eux-mêmes, tout commentaire les affaiblirait. Il y a un changement, nous essaierons d'en donner la raison. Il reste cependant quelque chose à faire ; cet article a pour objet de l'indiquer.

Dans notre article précédent nous avions divisé l'étude des conditions dans lesquelles s'était passé l'examen de la façon suivante :

1° Application du programme ;
2° Notation des épreuves ;
3° Constitution des jurys ;
4° Organisation matérielle.

Nous ne retiendrons que l'application du programme et la constitution des jurys, le mode de notation des épreuves, modifié à la suite de la première session et après intervention de l'U. F. D. N., nous donnant entière satisfaction. L'organisation matérielle restée la même, présente les mêmes inconvénients que ceux que nous avons signalés, elle ne fut pas aussi défavorable aux candidats, grâce à leur nombre restreint ; ils furent, en effet, divisés en neuf séries ; soit une moyenne de huit à neuf candidats par série, alors qu'ils étaient quatorze à la session de juillet, pour une installation matérielle à peine suffisante pour sept.

1° Application du programme.

Le programme fut appliqué pendant la session d'octobre avec moins de sévérité que lors de la session précédente ; les épreuves furent cependant difficiles, trop difficiles, et ce que nous avons dit antérieurement au sujet des épreuves de dessin, de modelage et des interrogations, subsiste entièrement. L'épreuve de prothèse fut encore trop complexe ; on semble vouloir ignorer que les candidats ne sont que des stagiaires, ayant accompli deux années d'un stage préparatoire, qu'ils ont encore trois années d'études à faire et qu'ils passeront un examen de fin d'études qui comporte une épreuve de prothèse au laboratoire.

On oublie également que les stagiaires n'ont dû faire, suivant le programme et l'esprit du décret, que de la prothèse de laboratoire ; l'épreuve ne devrait donc comporter aucune exigence clinique, l'élève n'a pas encore pris contact avec le malade, il est dans la situation du mécanicien-dentiste qui ne quitte pas

le laboratoire et qui a pour rôle d'exécuter le travail suivant les indications de l'appareil que lui donne le chirurgien-dentiste ; celui-ci puise les indications dans l'examen clinique du malade, il trace sa pièce sur le modèle, indique les modes de rétention (position, nombre de crochets, etc.), en un mot il conçoit le travail, — tel un ingénieur — et le fait exécuter par l'artisan. A l'examen de validation de stage l'examinateur est l'ingénieur, le candidat n'est que l'ouvrier attaché à ses ordres, on ne doit par conséquent pas laisser au candidat le soin de combiner l'appareil ; en supposant même qu'il ne soit pas tenu compte de la conception, il est illogique de la demander, car cette exigence ne peut être que contraire aux intérêts du candidat qui, désireux de s'attirer la bienveillance du jury multiplie de lui-même les difficultés de l'épreuve.

Si le programme a été appliqué avec sévérité, si les épreuves demandées ont été au-dessus de la limite des connaissances exigibles de candidats ayant neuf mois effectifs de prothèse, la faute n'en est plus aux examinateurs, mais au manque d'organisation qui a précédé le fonctionnement des jurys.

2° Jurys.

A. *Choix et constitution des jurys.* — A la suite de la démarche de l'U. F. D. N. auprès des pouvoirs publics, les jurys comptèrent dans cette session un plus grand nombre de chirurgiens-dentistes. Il semble que dans l'esprit des autorités chargées de l'application du décret chaque jury devait compter un médecin exerçant l'art dentaire et un chirurgien-dentiste. Il n'en fut pas tout à fait ainsi. Les candidats furent divisés en 9 séries pour chacune des épreuves pratiques et en 2 séries pour l'épreuve de dessin, chaque série comportant un jury différent ; 29 jurys fonctionnèrent dont 9 furent constitués sans chirurgiens-dentistes.

Ces 29 jurys devaient obligatoirement compter 58 examinateurs exerçant l'art dentaire, le même examinateur pouvait cependant siéger dans plusieurs jurys. 31 praticiens furent nommés examinateurs pour remplir les 58 fonctions de juges nécessitées par la constitution des 29 jurys.

Sur ces 31 examinateurs on comptait 18 médecins et 13 chirurgiens-dentistes. Certains examinateurs ayant siégé plusieurs fois, il y eut 39 fois des médecins comme examinateurs dentistes pour 19 chirurgiens-dentistes examinateurs.

Nous ne croyons pas que la pensée du recteur ait été de donner une place aussi inégale aux chirurgiens-dentistes. Quoi qu'il en soit et nous réservant de demander qu'à l'avenir le nombre des examinateurs chirurgiens-dentistes soit augmenté, nous constatons avec plaisir que l'action de l'U. F. D. N. a porté ses fruits

et qu'au lieu de compter 4 chirurgiens-dentistes dans les jurys d'examen de validation de stage, comme en juillet, nous en comptions 13 en novembre. C'est un progrès réel que nous devons au Comité de vigilance de l'U. F. D. N., ses efforts furent couronnés d'un succès partiel et il doit poursuivre son œuvre jusqu'à réalisation complète de ses légitimes demandes.

Comme précédemment, les professeurs des Ecoles odontologiques ne furent pas admis parmi les examinateurs, tandis que les professeurs de l'Ecole stomatologique y ont été admis en grand nombre. Il y a ici un manque d'équité au sujet duquel nous maintenons tout ce que nous avons écrit dans le compte rendu de la session de juillet.

B. *Fonctionnement des jurys.* — Pour cette session, comme pour la première, les jurys furent fragmentés : un même jury ne put donc pas juger de la valeur d'un candidat sur l'ensemble des épreuves. Il n'y eut pas de délibération en commun des examinateurs pour arrêter la marche des épreuves et le choix du travail à demander aux candidats ; il n'y eut pas non plus de délibération en commun des différents jurys ayant examiné le même candidat.

Les organisateurs ayant omis de réunir les membres des jurys avant le début de l'examen, le choix du travail fut laissé à un examinateur chargé de préparer chacune des épreuves ; les membres de chaque jury trouvèrent ainsi les travaux tout préparés, mais il ne leur fut pas possible de demander la modification des exigences, ni dans le choix, ni dans la difficulté, ni dans la complexité de l'épreuve, car il eût fallu plusieurs heures pour préparer cette dernière, alors qu'ils n'étaient convoqués que trente minutes avant son ouverture.

Cette organisation eut pour premier résultat la demande d'épreuves sensiblement égales à celles imposées aux candidats de la session de juillet et dont la difficulté surprit et émut si vivement les prothésistes. Le second résultat fut que certains examinateurs déclinèrent toute responsabilité au sujet du choix de l'épreuve imposée en leur nom, et augmentèrent leur bienveillance.

Près de 50 °/₀ des candidats exécutèrent à la satisfaction des jurys ces épreuves d'une difficulté qui n'est pas en rapport avec la durée des études y conduisant. Ce fait semble à priori donner tort à l'argumentation que nous publiions en septembre sur la session de juillet ; mais si l'on considère que pendant les trois mois qui ont séparé les deux sessions de nombreux candidats ont répété journellement les épreuves demandées en juillet, on comprendra aisément qu'ils purent se montrer plus brillants à la seconde session, alors qu'on leur demandait l'exécution d'un travail identique. Or, si les épreuves devaient toujours comporter

un travail de même espèce, comme cela a été le cas, le stage de prothèse ne deviendrait qu'un vain mot : ce serait en fait la préparation banale en vue de l'exécution machinale d'un travail déterminé et connu.

On nous a déjà objecté que trois mois de présence et de labeur assidu dans un laboratoire sont suffisants pour permettre à un élève d'exécuter par exemple l'épreuve de prothèse demandée. A cela nous répondons : Oui, mais le stage de prothèse n'a pas été institué en vue d'enseigner seulement aux aspirants au grade de chirurgien-dentiste la technique de l'estampage du métal ; il a pour but de préparer l'élève aux études dentaires proprement dites par le développement de ses facultés manuelles et l'enseignement de la technique des travaux de prothèse, c'est-à-dire de toute la prothèse qui comporte le modelage, le moulage, la sculpture, la métallurgie, la céramique et leur application à la prothèse dentaire, c'est-à-dire enfin les multiples techniques qu'exigent les diverses substances (vulcanite et substances similaires, métaux estampés, soudures, métaux coulés, porcelaine) pour la confection des appareils dentaires de types variés et nombreux (appareils à plaque: simples, partiels, complets, couronnes, coiffes, dents à pivot variées ; appareils à pont ; fixes, amovibles, physiologiques ; appareils de céramiques ; attelles, crochets, renforts, etc., etc.).

Si les épreuves demandées sont toujours similaires, le stage devient inutile et l'enseignement fera place avant peu à la préparation machinale dont nous parlons plus haut, qui se pratique dans certains établissements qui ont reçu le nom vulgaire de « boîtes ou fours à bachot ».

Nous ne ferons à personne l'injure de croire que c'est ce qu'on veut faire du stage de prothèse.

Si donc on a l'intention de varier les épreuves afin d'obliger le candidat à faire de réelles et sérieuses études, ce n'est plus trois mois d'enseignement qu'il faudra pour un travail déterminé comme celui qui fut demandé jusqu'alors, mais autant de fois trois mois qu'on peut trouver de variétés d'épreuves, et elles sont nombreuses, sans compter les quelques semaines de travaux préparatoires à l'enseignement de l'ensemble de ces techniques.

Le stage ayant une durée de deux années scolaires, c'est-à-dire neuf mois effectifs d'enseignement pratique, il paraît logique et indispensable de réduire les exigences des épreuves ; par contre celles-ci peuvent, par la variété du travail demandé, offrir toutes les garanties désirables pour juger du savoir des candidats.

Une seconde raison qui explique l'amélioration des résultats d'octobre est la présence dans les jurys d'un nombre de chirur-

giens-dentistes bien supérieur à celui de la session de juillet (plus du triple). Afin que cette constatation ne soit pas entachée de partialité de notre part, nous ajouterons qu'à la session d'octobre, alors que, devant des jurys dont les deux examinateurs exerçant l'art dentaire étaient des professeurs à l'Ecole de stomatologie, le quorum 10 sur 20 n'était pas atteint par plus des 2/5 des 25 candidats dont nous connaissions la préparation pour les avoir eus dans nos laboratoires, le 1/5 seulement de ces mêmes candidats n'obtenait pas ce quorum en subissant d'autres épreuves devant un jury composé d'un chirurgien-dentiste et d'un docteur en médecine exerçant l'art dentaire.

On verra par le tableau ci-dessous que, dans les épreuves dont les jurys ne comprenaient pas de chirurgien-dentiste, et cependant pour une épreuve qui devrait être considérée comme secondaire, les élèves ayant obtenu une note inférieure à 6 sur 20, c'est-à-dire une mauvaise note pouvant entraîner l'échec par suite de l'abaissement excessif de la moyenne, sont au nombre de 10, soit exactement 2/3, alors qu'aucun n'a obtenu une note inférieure à 6 pour une épreuve qui ne fut jugée que par des jurys comprenant à parties égales chirurgiens-dentistes et docteurs en médecine exerçant l'art dentaire.

Epreuve	Composition des Jurys	Nombre d'élèves ayant obtenu une note inférieure à 10 sur 20.	Nombre d'élèves ayant obtenu une note inférieure à 6 sur 20.
Dessin	Pas de chirurgiens-dentistes dans les jurys.	11	10
Prothèse	1 chirurgien-dentiste dans chacun des 15 jurys.	5	0

Ajoutons que sur ces 25 candidats 5 n'étaient pas considérés par nous comme dignes d'être validés ; le jugement des jurys de prothèse est conforme à nos prévisions.

Enfin les jurys ne se réunirent pas pour délibérer sur l'ensemble des épreuves passées par un même candidat. Ceci eut pour résultat l'ajournement de certains candidats ayant obtenu de bonnes notes en prothèse et en modelage, une note moyenne en interrogations, mais une mauvaise note en dessin. L'un d'eux ayant obtenu 12 en prothèse, 12 en modelage et 10 en interrogations fut refusé parce qu'un 2 lui fut attribué pour l'épreuve de dessin !

Il n'y a aucun doute qu'une délibération des différents jurys ayant examiné ce même candidat aurait relevé la note afin de l'admettre avec un 4 en dessin, note mauvaise cependant, puisqu'elle équivaut à mal, mais qui lui aurait permis d'être validé.

Sur les 25 candidats dont nous parlons, 9 ont échoué, 5 étaient considérés par nous comme élèves insuffisants, 3 comme moyens, 1 comme bon ; ces 4 derniers furent victimes de l'épreuve de dessin.

Nous ne voudrions pas terminer sur cette sévère comparaison ; nous reconnaissons avec plaisir que de juillet à octobre un grand pas a été fait ; nous reconnaissons que les candidats en général ne se présentèrent pas en juillet avec une notion suffisante de la difficulté et de la valeur de l'examen qu'ils avaient à affronter. Un examen pratique est toujours beaucoup plus difficile qu'un examen théorique ne comprenant que des interrogations; dans le premier cas le candidat n'a qu'une chance : il réussit ou manque son épreuve, il ne peut escompter le secours de l'examinateur, qui, lui, a tout son temps pour juger l'épreuve qu'il prend en mains et peut à son aise examiner à fond ; dans le second cas le candidat peut se faire valoir avec beaucoup plus de facilité parce que, s'il ne répond pas à une question, l'examinateur, avant de le juger, lui en posera une seconde et une troisième ; enfin l'examinateur, d'un mot, d'un geste, peut l'aider ou le mettre sur la voie alors qu'il s'égare. Ne faisons pas grief à ces jeunes gens de n'avoir pas saisi cette différence et ajoutons à leur excuse qu'ils étaient les premiers à passer ce premier examen de validation de stage ; cette raison, à défaut de toute autre, aurait dû leur attirer la bienveillance des jurys.

En admettant, d'autre part, que les examinateurs de la session de juillet n'aient été que sévères à l'excès, nous constatons que cette sévérité excessive fut vite taxée d'abusive et ne tarda pas à être qualifiée de manque de bienveillance et de ce fait, au lieu de stimuler l'ardeur des jeunes élèves au travail, elle en découragea certains et provoqua le départ de bon nombre d'entre eux pour les universités provinciales. A Paris 124 candidats s'étaient présentés en juillet, 25 furent validés ; sur les 99 qui devaient se présenter à nouveau en octobre, 78 seulement le firent. En comptant les élèves dépendant de l'Université de Paris qui ne s'étaient pas présentés en juillet et partirent en province à la suite des résultats de cette session, le 1/3 des candidats quitta l'Université de Paris. Et cependant la Faculté de médecine de Paris avait, par erreur, prévenu les candidats ajournés que leur échec devait être réparé devant la dite Faculté. A quel exode nous eût-il été donné d'assister en d'autres circonstances ? Les errements de juillet ont pratiqué une brèche dans le recrutement scolaire de l'Université de

Paris pour 3 ou 4 ans. Leur répercussion est plus profonde encore ; pendant des années le recrutement professionnel va s'en trouver ralenti au moment même où la modification apportée aux études l'avait déjà réduit dans des proportions trop grandes et surtout trop brusquement. Demain la société, les services publics feront appel en vain au corps professionnel anormalement réduit des chirurgiens-dentistes, la porte s'ouvrira grande à l'exercice illégal et à son cortège d'empirisme, pour le plus grand mal social. Les stomatologistes ont décrété la disparition du chirurgien-dentiste et la poursuivent par tous les moyens. Ceux qui assumèrent une telle responsabilité n'encourent d'autre répression que celle de leur conscience ; puissent-ils l'entendre dans l'avenir ! Mais les pouvoirs publics, eux, responsables devant le pays, laisseront-ils plus longtemps l'arrogance stomatologique annihiler la volonté du législateur ?

Conclusions.

Nous avons, dans un exposé précédent, démontré pourquoi l'examen de validation de stage de prothèse exigé des candidats au titre de chirurgien-dentiste avait donné des résultats d'une contradiction anormale entre Paris et la Province (Paris 80 °/₀ d'ajournements, province 12 °/₀) ; nous avons alors indiqué les défauts qu'on peut relever dans l'application du décret et les quelques détails de rédaction de son texte qui en permirent une interprétation erronée, sévère ou abusive à Paris ; nous avons également, dans le présent exposé, montré le chemin parcouru et ce qu'il reste à faire ; nous n'avons plus qu'à indiquer les modifications à apporter à ce décret ou à son application pour donner à l'examen de validation toute sa valeur et assurer au stage de prothèse toute la portée professionnelle qu'on doit en attendre et qui dicta son institution.

I. — Programme d'examen.

Le programme, nous l'avons dit, est bon, il ne peut être détaillé plus qu'il ne l'est ; mais, pour éviter les excès de sévérité auquel il se prête, *il serait désirable d'en préciser le but, qui est de contrôler que le stage de prothèse a été accompli et que le candidat fait preuve d'aptitudes prothétiques suffisantes au point de vue manuel et scientifique. Il convient de ne pas oublier : 1° que ce stage est purement technique (stage de prothèse) et préparatoire ; 2° que l'examen est préliminaire et que le candidat devra, après trois années de scolarité, subir une épreuve pratique de prothèse au laboratoire, en un dernier examen probatoire* (3e et dernier examen pour la collation du grade de chirurgien-dentiste, art. 15 du décret).

II. — NOTES.

Les notes, à la suite de la première expérience faite en juillet, ayant été modifiées conformément aux vœux émis par les sociétés professionnelles et l'épreuve de prothèse y marquant nettement la prédominance par le coefficient 2 qui lui est accordée, nous n'avons rien à dire à ce sujet.

III. — JURY.

Ici nous envisageons la question à deux points de vue :

1° Constitution du jury ;

2° Choix des membres du jury.

1° *Constitution du jury.* — Le jury, suivant le décret, doit être constitué de trois membres ; deux professionnels et un agrégé de Faculté de médecine, président ; mais il devient nécessaire de spécifier que ce jury doit être le même pour toutes les épreuves et doit délibérer sur leur ensemble avant de prononcer l'ajournement, afin d'éviter qu'un candidat ayant fait de bonnes épreuves au point de vue prothétique, but de l'examen, ne soit ajourné parce que le dessin par exemple a été insuffisant, ainsi que nous l'avons constaté aux sessions d'examens de validation de juillet et d'octobre[1].

2° *Choix des membres du jury.* — Nous ne parlerons pas du président, choisi parmi les professeurs ou agrégés de la Faculté de médecine dans le ressort de laquelle se passe l'examen, nous n'envisageons que le choix des deux examinateurs professionnels.

Ceux-ci doivent avant tout être des professionnels, voire même des spécialistes ; ils doivent présenter toutes garanties d'aptitudes prothétiques et offrir des garanties pédagogiques suffisantes, enfin pour des raisons de justice et d'équité, ils ne doivent pas être choisis parmi les adversaires déclarés des chirurgiens-dentistes, c'est-à-dire parmi les stomatologistes (partisans des études médicales complètes sans examens spéciaux pour l'exercice de l'art dentaire) ni parmi les membres du corps enseignant d'une seule école libre d'enseignement dentaire, l'Ecole de stomatologie, comme cela se fait actuellement. Les membres du corps enseignant d'une école odontologique devaient donner leur démission pour être examinateurs ; seuls, les membres du corps enseignant

1. Cette organisation est d'ailleurs fort aisée : un même jury fonctionnant pour deux séries de candidats ne donnerait lieu qu'à deux vacations pour chacun de ses membres. Exemple : 1er jour, le matin, épreuve de modelage (4 heures) ; l'après-midi, épreuve de dessin (2 h.), interrogations sur les sciences appliquées (1/2 h.); 2e jour : épreuve de prothèse (8 h.) La durée des épreuves est prévue telle que nous la donnons (voir le décret art. 7).

de l'Ecole de stomatologie, et ils étaient très nombreux, ne furent pas soumis à la même obligation.

Ou bien, légalement les professeurs des écoles libres d'enseignement supérieur peuvent faire partie des jurys de cet examen, qui ne détermine pas la collation d'un grade et dans ce cas tous les professeurs de toutes ces écoles peuvent faire partie du jury ; ou bien légalement ils ne peuvent pas siéger, et dans ce cas il ne doit pas y avoir de différence pour aucun d'eux ni pour aucune des écoles, quelles que soient leur étiquette ou les conditions d'entrée qu'elles requièrent de leurs étudiants.

Considérant enfin la difficulté pour les recteurs d'Académie, dépourvus de moyens de contrôle sérieux, de s'entourer de garanties de compétence suffisantes pour la désignation des professionnels qui doivent figurer dans les jurys de l'examen de validition de stage prévu par l'article 6 du décret du 11 janvier 1909 et afin d'éviter le renouvellement des faits dus à la composition du jury de la session de juillet 1912, *il serait désirable que les membres de ces jurys fussent désignés par le Recteur sur une liste présentée par un Comité représentant les sociétés professionnelles ou, à son défaut, par les établissements libres d'enseignement dentaire supérieur reconnus d'utilité publique et assimilés aux Dispensaires de l'Assistance publique, ces établissements étant des centres pédagogiques offrant toutes les garanties quant à l'appréciation de la compétence des examinateurs à choisir par le Recteur. Il serait désirable que les articles* 6 *et* 15 *du décret fussent modifiés dans ce sens.*

IV. — Lieu et organisation matérielle de l'examen.

On conçoit que le lieu de l'examen joue un rôle considérable, car il a une influence déterminante sur la valeur des épreuves, qui, toutes choses égales d'ailleurs, seront d'autant plus sérieuses et d'autant meilleures que le local de l'examen sera mieux aménagé pour l'épreuve à subir.

L'organisation matérielle doit de toute nécessité comprendre pour chaque candidat un gros outillage complet disposé dans une salle spacieuse, permettant le déplacement facile des candidats sans qu'ils se gênent les uns les autres ; ceux-ci doivent être séparés par de larges espaces et non pas se coudoyer à la même table, afin de rendre l'épreuve sérieuse et de lui assurer toute garantie d'équité.

La fourniture du petit outillage, composé des outils portatifs, doit incomber au candidat qui est tenu de posséder ces instruments pour accomplir le stage, et cela dans un but de justice, l'ouvrier ayant l'habitude de se servir d'un instrument qui est sien étant toujours plus habile avec celui-ci.

Etant donné d'autre part : 1° la difficulté d'organiser des examens de validation de stage, à la fois au point de vue de l'aménagement des locaux et de l'installation des laboratoires, avec un matériel coûteux et compliqué, dans les facultés ou écoles de médecine ;

2° Le nombre considérable de laboratoires d'examen qu'il faudrait organiser dans toute la France, si l'on s'en tenait à la lettre de l'article 6 (1 dans chaque faculté ou école de médecine) ;

3° Les frais très élevés qu'imposerait à l'Etat l'installation des dits laboratoires de prothèse, et la grande économie d'ordre budgétaire qui résulterait pour lui de l'utilisation des laboratoires déjà existants ;

Considérant enfin que c'est dans les établissements libres d'enseignement supérieur dentaire reconnus d'utilité publique et dont les dispensaires sont assimilés à ceux de l'Assistance publique ou dans les Universités où l'enseignement dentaire est organisé que sera subi le troisième examen probatoire conformément aux articles 1, 12 et 15 du décret du 11 janvier 1909 et qu'il paraît bien que c'est par omission que l'article 6 ne prévoit pas ces établissements comme lieu d'examen.

Il est désirable que l'article 6 soit modifié de façon à permettre l'utilisation des laboratoires des centres d'enseignement reconnus d'utilité publique et rattachés aux dispensaires de l'Assistance publique pour les examens de stage, comme les articles 1, 12 *et* 15 *prévoient leur utilisation pour le dernier examen probatoire. Tout autre système, comme on a pu en juger pour cette première session, rend l'examen impraticable et entraîne pour l'Etat des dépenses considérables. Au contraire, en utilisant les écoles dentaires on aurait la certitude de faire subir cet examen dans des conditions convenables d'équité, avec la garantie d'épreuves sérieuses, sans qu'il en coûtât rien à l'Etat.*

ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE

(A. G. S. D. F.)

Le Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F. s'est réuni le samedi 18 janvier 1913, à 9 h. du soir, au siège social.

Après adoption du procès-verbal de sa séance du 22 juin 1912, il a ratifié les décisions prises par le Bureau les 2 juillet, 22 octobre, 24 décembre 1912 et 14 janvier 1913.

Il a approuvé les rapports du Conseil de famille, de la Commission syndicale et de la Commission de prévoyance et s'est séparé à 11 h. 1/2.

*
* *

L'Assemblée générale annuelle s'est tenue, ainsi que nous l'avons annoncé, le dimanche 19 janvier 1913, à 9 heures du matin, au siège social également.

81 membres étaient présents, dont 73 de Paris ou de la Seine et 8 des départements.

148 votes par correspondance avaient été envoyés, dont 90 de Paris ou de la Seine et 58 des départements.

Après adoption du procès-verbal de l'Assemblée du 21 janvier 1911, les rapports du secrétaire général, du trésorier et de l'administrateur-gérant de *L'Odontologie,* qui avaient été envoyés aux sociétaires avec la convocation, ont été approuvés.

Il a été procédé ensuite à l'élection de 16 membres (8 de Paris ou de la Seine, 8 des départements) pour le renouvellement partiel du Conseil d'administration.

Le scrutin a donné les résultats suivants :

Votants : 200. Majorité absolue : 101.

Bulletins blancs : 4. Nuls : 4.

Enveloppes irrégulières : 7.

Paris.

MM.			
Blatter........	185	voix,	élu.
H. Villain.....	182	—	—
L. Lemerle....	181	—	—
Devoucoux....	179	—	—
Rollin	178	—	—
G. Viau.......	177	—	—
Roy..........	175	—	—
Dreyfus.......	174	—	—

Viennent ensuite un certain nombre de membres ayant de 4 à 1 voix.

Départements.

MM.			
Pont (Lyon)...	184	voix,	élu.
F. Audy (Senlis)	181	—	—
Drain (St-Quentin).........	179	—	—
Hautefeuille (Sannois)....	179	—	—
Gouthière (Nemours)......	179	—	—
Monnin (Le Mans)......	178	—	—
Vasserot (St-Germain)....	178	—	—
A. Audy (Senlis)	166	—	—
Douzillé (Agen).	26	—	

Un certain nombre de membres ayant de 5 à 1 voix.

Des félicitations ont été adressées à M. Godon, président d'hon-

neur de l'Association, auquel la F. D. I. a décerné le prix Miller dans sa session de Stockholm (1912).

L'Assemblée a ensuite abordé la discussion des questions portées à l'ordre du jour que nous avons reproduites, savoir :

1° Création d'une médaille à décerner, au nom de l'A. G. S. D. F., aux mécaniciens-dentistes après vingt-cinq ans de services dans la même maison (M. ZIMMERMANN) ;

2° Formation des apprentis pour le recrutement des mécaniciens-dentistes (M. GRAFF) ;

3° Situation de l'enseignement odontologique et du recrutement de la profession de chirurgien-dentiste (Ch. GODON).

Les 1re et 2e propositions ont été adoptées *en principes* et renvoyées au Conseil d'administration pour étude et application.

La 3e proposition a, de même, été adoptée en principe et renvoyée aux Conseils d'administration de l'Association et de l'Ecole et au Comité exécutif de la F. D. N., pour recherche des moyens propres à ramener le recrutement de la profession à son chiffre normal et pour la continuation de la lutte contre la stomatologie.

Le vœu suivant de *MM. G. Villain, Martinier, Roy* et *Fontanel* a été adopté.

« Considérant la crise momentanée du recrutement professionnel, l'A. G. S. D. F., réunie en Assemblée générale le 19 janvier 1913, émet le vœu qu'une propagande active soit faite par les écoles dentaires dans les centres d'enseignement secondaire et d'enseignement primaire supérieur afin d'attirer l'attention des jeunes gens sur la profession libérale de chirurgien-dentiste ».

L'assemblée s'est séparée à midi 1/4.

MANIFESTATIONS DE SYMPATHIE

Hommage au professeur Cavalié.

Nous avons reçu une plaquette éditée en hommage à notre ami et collaborateur le professeur M. Cavalié, et rendant compte de la manifestation de sympathie qui a eu lieu, à Bordeaux, à l'occasion de son élévation au professorat.

Collègues de la Faculté et des hôpitaux, délégués de la municipalité, élèves, anciens élèves, amis, s'étaient groupés autour de M. Cavalié. Des discours furent prononcés, par M. le professeur Sigalas, M. de La Ville de Mirmont, adjoint au maire. M. Pain, au nom des étudiants, M. Montali, au nom du corps enseignant de

l'Ecole, M. Sellier, au nom des amis personnels de M. Cavalié. Un bronze fut offert au nouveau professeur qui adressa ses cordiaux remerciements à l'assistance, et exposa ensuite l'état de l'enseignement dentaire à Bordeaux, montrant l'intérêt qu'il prend au développement de la profession de chirurgien-dentiste.

De cet exposé, il résulte que malgré les liens qui l'unissent à la Faculté de médecine, l'enseignement dentaire de Bordeaux qui ne doit ce rattachement qu'à l'anarchie auquel il était livré auparavant, est dirigé en réalité par un odontologiste, qui reste persuadé que la technique doit être au premier rang des préoccupations des futurs dentistes. La profession de foi odontologique du nouveau professeur semble se résumer dans l'énumération de ses titres, où l'on voit celui de chirurgien-dentiste, qu'il a tenu à conquérir, primer les autres titres universitaires.

Un des résultats de l'organisation à la Faculté de l'enseignement dentaire a été de permettre aux étudiants en médecine de *compléter* leur instruction médicale par la familiarisation avec le diagnostic et le traitement des maladies de la bouche. Quant à ceux d'entre eux qui veulent devenir spécialistes en art dentaire, ils prennent les inscriptions de stage prévues par les décrets.

Enfin M. Cavalié a signalé quels services rend à la population bordelaise sa clinique, qui est ouverte toute l'année, et qui soigne par an près de cinq mille personnes appartenant à la classe laborieuse et pauvre.

Le Professeur Brophy.

Une manifestation de sympathie et d'admiration pour les services importants qu'il a rendus à la profession dentaire aura lieu à Chicago, Hôtel La Salle, le 1er février 1913, en l'honneur du Professeur Truman W. Brophy.

Nos confrères américains en grand nombre rendent à ce praticien éminent un juste tribut de reconnaissance, bien mérité par le dévouement et l'abnégation dont il a fait preuve pendant une carrière déjà longue.

Chaque année il prend une part considérable aux délibérations de la F. D. I., où ses avis sont toujours écoutés avec grande considération, car ils sont dictés par le bon sens, allié à une grande pondération et à une urbanité parfaite.

Aussi une souscription, à laquelle ont participé de nombreux confrères français, est-elle ouverte parmi les membres de la F. D. I.

pour offrir à M. Brophy, à l'occasion de la cérémonie destinée à le fêter, un souvenir en témoignage de l'estime et de l'affection qu'ils ont pour lui, avec une adresse de félicitations.

Des adresses de félicitations lui sont également envoyées par la F. D. N. française, la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris et la Société d'odontologie de Paris, qui se sont jointes à de nombreuses sociétés américaines.

Le Doyen Edouard C. Kirk.

Nous empruntons ce qui suit touchant notre confrère M. Edouard C. Kirk, doyen de l'Ecole dentaire de l'Université de Pensylvanie à l'*Old Penn*, revue hebdomadaire de cette Université, n° 14.

« Une lettre de Vienne (Autriche) en date du 16 novembre 1912 annonce, au nom du Comité de la Société des dentistes autrichiens, que M. Edouard C. Kirk a été élu membre honoraire de la Société le 13 novembre. La lettre est signée par le président et le secrétaire.

« En novembre 1909 le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris avait nommé également M. Kirk membre honoraire. Le Conseil d'administration voulait de cette façon témoigner à celui-ci sa reconnaissance pour les services qu'il avait rendus comme membre du Conseil exécutif de la F. D. I. pour l'enseignement et l'hygiène.

« Il avait reçu antérieurement la médaille d'or quinquennale de la Société d'odontologie de Paris et la décoration d'officier d'Académie.

« Il est également membre de la Société centrale des chirurgiens-dentistes allemands, de la Société des chirurgiens-dentistes suédois, de l'Association dentaire britannique, de la Société odontologique du Chili, de la Société médico-dentaire de Barraquilla (Colombie), de la Société royale de médecine de la Grande-Bretagne et de plus de vingt sociétés scientifiques des Etats-Unis. »

LÉGION D'HONNEUR

Sur la liste des nouvelles promotions dans la Légion d'honneur émanant du ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, nous relevons avec le plus vif plaisir le nom de notre confrère le Dr P. Paulin.

Personne ne s'étonnera de la juste récompense accordée à ce sculpteur de grand talent. Depuis plus de dix ans M. Paulin a envoyé tous les ans aux expositions de nombreux bustes, très remarqués et appréciés de médecins, magistrats, littérateurs, etc., ainsi que ceux d'artistes tels que Claude Monet, Renoir, Pissarro, Guillaumin Rafaëlli, Lebourg, Ernest Laurent, etc.. Parmi ceux-ci une œuvre de la plus haute valeur artistique : le buste du grand peintre Degas. Plusieurs de ces bustes, dont ce dernier, ont été d'ailleurs achetés par l'Etat pour le Musée du Luxembourg.

Ajoutons que, selon nous, le Dr Paulin aurait eu tous les titres à être décoré beaucoup plutôt comme professionnel. Professionnel, il le fut, en effet, aussi complètement que possible, car il passa par toute la filière corporative : tout d'abord habile mécanicien et opérateur avant d'atteindre au doctorat. Et il nous est agréable de penser que peut-être cette habileté de technicien put préparer l'éclosion ou accroître la perfection du tempérament artiste qui a fait de notre confrère le sculpteur de grand talent qu'il est devenu. Mais nous croyons qu'une louable coquetterie lui a fait préférer attendre cette distinction de sa seule qualité d'artiste.

N'est-il pas digne d'admiration l'homme qui, en dehors de sa profession, des luttes et des travaux journaliers inhérents à son exercice, trouve le moyen, de se vouer à un art qui est pour lui la détente nécessaire, et le conduit à une renommée comme celle de notre ami Paulin ?

G. VIAU.

EXPOSITION D'HYGIÈNE RUSSE A SAINT-PÉTERSBOURG

Une exposition d'hygiène aura lieu à Saint-Pétersbourg de mai à septembre 1913. Nous donnons ci-après le programme de la section dentaire.

1. Etat dentaire de la population en Russie.

a) Population urbaine : 1. Dans les écoles, 2. dans l'armée, 3. dans les prisons.

b) Population rurale : 1. Hôpitaux ruraux, 2. écoles des villages, 3. fabriques et usines (graphique et diagramme).

2. Etat des soins dentaires en Russie : Nombre des dentistes, proportionnellement à la population (graphique et diagramme). Répartition du nombre des dentistes d'après les rayons et les régions. Explications concernant les dentistes des écoles, des fabriques, de l'armée, des chemins de fer, des hôpitaux et des hôpitaux de la Croix Rouge.

3. Indication approximative sur l'état dentaire de la population et sur l'organisation des soins dentaires dans l'Europe occidentale. Proportion des dentistes relativement au nombre d'habitants (villes et villages, graphique et diagramme). Organisation des soins dentaires en général pour la population, l'armée, les fabriques, les prisons, les écoles publiques, avec des détails statistiques sur les dernières années.

4. Renseignements sur les services dentaires dans les écoles primaires, secondaires et supérieures, ainsi que dans les écoles des villes et des villages. Les municipalités, les conseils de l'enseignement et les sociétés dentaires prennent-ils part à cette organisation ? Dans quelle mesure ? Photographie des cliniques dentaires, des établissements scolaires, statistiques des patients écoliers, nature et type des soins dentaires donnés dans les écoles. Modèle d'une clinique dentaire scolaire idéale.

5. La médecine dentaire d'après les derniers progrès de la science. Modèles, appareils, préparations, dessins, moulages, masques, démontrant l'origine et le développement de la carie dentaire et ses résultats pour la bouche, les mâchoires et tout l'organisme.

Modèles et préparations rendant visibles le développement des dents et des mâchoires. Modèles et préparations démontrant la lutte contre la carie au moyen de l'obturation. Méthodes et mesures prophylactiques des dents cariées. Préparations et modèles d'anomalies articulaires. Préparations et modèles démontrant le degré de perfectionnement de la prothèse dentaire actuelle.

Progrès réalisé dans l'orthodontie.

6. Projets d'organisation normale des services dentaires : a. dans l'armée et la marine en temps de paix ou en temps de guerre ; b. dans les villes et les villages ; c. dans les fabriques et les usines ; d. enfin dans les prisons. Dépenses relatives et modèles d'aménagement des cliniques dentaires permanentes ou temporaires reconnues d'utilité publique.

Adresser toutes les demandes de renseignements au Président du Comité de la section dentaire, M. le Professeur Swerschhowsky, 6 Ponschkinskaja, Saint-Pétersbourg.

NOUVELLES

Fédération dentaire nationale.

(F. D. N.)

Rappelons que l'assemblée générale de la F. D. N. se tiendra le samedi soir 22 février, à 8 h. 1/2, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, avec l'ordre du jour que nous avons publié.

Le dimanche matin 23 aura lieu à l'Hôtel Continental une séance de démonstrations pratiques organisée par la Société d'odontologie de Paris, le Cercle odontologique de France et la Société odontologique de France. Cette séance sera suivie d'un déjeuner amical à l'Hôtel Continental, dont le prix est fixé à 10 francs.

Les adhésions sont reçues dès à présent chez M. Henri Villain, secrétaire général, 10, rue de l'Isly, Paris.

Le lundi matin visite des écoles dentaires de la rue de La Tour-d'Auvergne et de la rue Garancière.

Ecole dentaire de Paris.

Rappelons qu'un concours aura lieu à l'Ecole dentaire de Paris, dans la 2e quinzaine de février, pour trois postes de chef de clinique de prothèse.

*
* *

MM. Maudry, Robine, Lebègue, Groult, Haroux, Lelièvre, Cadic, Simon ont été nommés démonstrateurs titulaires par décision du Conseil du 14 janvier 1913.

Distinctions honorifiques.

Nous avons omis d'annoncer en son temps que notre confrère M. Louis Bassot, membre de l'A. G. S. D. F., avait été nommé officier de l'Instruction publique.

Nous réparons bien volontiers cette omission en adressant à M. Basset de tardives, mais bien sincères félicitations.

*
* *

Nous relevons parmi les distinctions honorifiques qui viennent d'être conférées les nominations suivantes de membres de l'A. G. S. D. F.

1° *Officiers de l'Instruction publique :* MM. Lévêque (Dijon), Sorré (Paris).

2° *Officiers d'Académie :* MM. Chateau (Versailles), Eymard (Rochefort).

Nous adressons nos vives félicitations à nos confrères.

Récompense.

Nous avons le plaisir d'apprendre que notre confrère M. Monnin, vice-président de l'A. G. S. D. F., vient de recevoir la médaille commémorative de la campagne de 1870-1871, à laquelle il prit part en qualité de volontaire.

Nous lui adressons nos vives félicitations.

Mariage.

Nous apprenons le mariage de Mlle Yvonne Ronnet, fille de notre confrère M. Alfred Ronnet, membre de l'A. G. S. D. F., avec M. Marcel Flament, célébré le 25 janvier à Paris.

Nous adressons nos souhaits de bonheur aux jeunes époux.

Service dentaire dans l'armée bulgare.

Nous extrayons les renseignements suivants d'une lettre de notre confrère M. Boyadjieff, D. E. D. P., de Sofia, actuellement dans les rangs de l'armée à Losengrade (Balkans).

« Je suis le seul dentiste nommé officiellement pour le quartier général. Certains chefs d'armée ont retiré quelques dentistes des régiments pour les attacher aux hôpitaux militaires.

Parmi les confrères qui ont combattu dans les régiments, M. Trifonof a été tué. »

Exercice illégal de la médecine et de la pharmacie.

M. X.., chirurgien-dentiste, tient à Paris, un cabinet.

Ainsi que son père, qui a fourni des fonds pour l'exploitation du cabinet, le chirurgien-dentiste avait à répondre le 20 décembre, devant la dixième chambre, présidée par M. Schlumberger, des délits d'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie.

Sur réquisitoire de M. le substitut Dayras et après plaidoirie de Mes Badini-Jourdin et Campinchi, le tribunal a infligé au père et au fils 500 francs d'amende pour complicité, le docteur et M. X officier de santé, ont également été condamnés à 500 francs d'amende chacun.

Par les organes de Mes Groslard, Poignard et de Falloy, les médecins de Paris, des médecins de la Seine et des pharmaciens se portaient parties civiles. Le syndicat des médecins de Paris a obtenu 1500 francs de dommages-intérêts, celui des médecins de la Seine 500 francs, et celui des pharmaciens 200 francs.

(*Le Matin*, 21 déc. 1912.)

Exercice de l'art dentaire en Italie.

La *Gazette officielle* du 26 novembre 1912 a publié un décret royal en date du 27 octobre précédent (n° 1223) approuvant le règlement relatif à l'exercice de l'art dentaire et de la prothèse dentaire.

Aux termes de l'article 2 de ce règlement et vu les dispositions transitoires de la loi du 31 mars 1912, qui impose l'obligation d'un diplôme médical et chirurgical pour l'exercice de l'art dentaire, tous ceux qui veulent être admis à l'examen et qui désirent profiter des avantages concédés par la loi ont dû en adresser la demande avant le 31 décembre 1912 au Ministre de l'Instruction publique.

(*Il Messagero* (Rome) et *Giornale del Mattino* Bologne), 15 et 18 décembre 1912.)

La Maison du médecin.

Par arrêté en date du 15 novembre dernier, M. le Préfet de police a autorisé la Maison du médecin à organiser une tombola au profit de l'œuvre.

Venant s'ajouter aux bénéfices de la vente de charité, le capital de cette tombola permettra d'apporter à la fondation toutes les améliorations nécessaires et d'augmenter le fond d'entretien des pension-

naires. Plus que jamais, en effet, l'œuvre a besoin d'accroître ses ressources, car elle a à faire face à de nouvelles demandes.

Cette tombola est au capital de 5.000 francs (maximum prévu par la loi). Le prix du billet est fixé à 2 francs. Les 134 lots dont elle est dotée sont particulièrement remarquables. Rarement loterie a réuni aussi jolie collection d'objets d'art, de toiles de maîtres, de volumes précieux. Citons parmi les principaux lots des tableaux de Poilpot, d'Allouard, d'Odilon-Redon, de Marcel Labbé, de Mme Brouardel, de Mme Messager, des gravures d'Aimé Morot, de Flameng, de Bonnat, du Dr Colin, etc... La place nous manque pour l'énumération de tous les lots dont la liste sera envoyée sur demande au siège social de la *Maison du médecin*, 9, rue d'Astorg, à Paris.

Envoyer également à cette adresse les demandes de billets, accompagnées de leur montant.

33e ANNÉE. N° 3. 15 FÉVRIER 1913 VOL. XLIX

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE EN PATHOLOGIE COMPARÉE

Par MENDEL-JOSEPH,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris.)

La pathologie humaine et la pathologie comparée ont réalisé leurs plus notables progrès grâce à l'appui qu'elles se sont mutuellement prêté. D'une part, l'étude des affections qui frappent spontanément les espèces animales a permis de constater la grande similitude des états morbides chez l'homme et l'animal ; d'autre part, l'expérimentation, en provoquant *in animâ vili* les lésions et les symptômes que le clinicien observe au lit du malade, a révélé l'unité du mécanisme pathogénique de ces processus morbides. De la collaboration de la clinique et du laboratoire, de la médecine humaine et de la médecine vétérinaire sont nées les notions les plus solides de biologie morbide.

L'odontologie semble avoir peu bénéficié de ce concours fécond de l'expérimentation et de l'observation. Cela est dû à ce que les questions techniques dominent les autres préoccupations de pratique professionnelle et aussi à ce que la diversité des sciences que nous sommes obligés d'assimiler, pour être à la hauteur de notre tâche quotidienne, nous laisse peu de loisirs pour nous livrer à des études d'ordre plus général.

Cependant il serait désirable que les dentistes étudient

davantage certains états biologiques dans les différentes espèces animales en ce qui concerne l'appareil bucco-dentaire. Bien des chapitres de pathologie spéciale pourraient bénéficier d'une pareille étude et parmi ceux-là citons au premier rang la question de la pyorrhée alvéolaire.

La pyorrhée est un syndrome qui tend, avec l'exaspération de l'activité de la vie moderne, à devenir de plus en plus fréquent et il est permis de dire que les efforts des praticiens et des chercheurs n'ont pas encore réussi à la dégager de l'obscurité qui l'enveloppe.

Et cela ne saurait étonner l'observateur. En effet, les personnes atteintes de cette affection, surtout quand celle-ci est au début, ne présentent que des troubles généraux et locaux peu marqués. Ce ne sont pas des malades au sens propre du mot et Younger a pu dire, avec grande apparence de raison, que la pyorrhée alvéolaire est une affection des gens bien portants.

Il n'est pas aisé de soumettre de tels malades aux investigations aptes à nous renseigner sur l'état de leur bilan nutritif. Il est non moins difficile de saisir les symptômes, à peine ébauchés, des troubles organiques ou fonctionnels. Mais combien plus difficile encore est l'étude des lésions histologiques locales qui exige le prélèvement d'un fragment de maxillaire ! Nul malade ne saurait se prêter à une pareille mutilation, nul opérateur ne saurait la proposer.

Aussi l'étude de cette affection, sur les espèces animales inférieures pourrait-elle nous être d'un grand secours, à condition toutefois qu'il soit démontré que la pyorrhée alvéolaire étudiée en pathologie comparée soit superposable à celle que nous observons chez nos malades.

C'est la raison qui m'amène aujourd'hui devant vous avec les deux maxillaires du chien chez lequel je me propose d'étudier les manifestations de la pyorrhée alvéolaire.

Tout d'abord remarquons ce fait intéressant que, parmi les différentes variétés de chiens, ce sont surtout les petits chiens de luxe qui offrent une prédisposition particulière à la pyorrhée. Elevés par une sélection où les caractères

dégénératifs sont soigneusement entretenus et cultivés, ils continuent à vivre dans des conditions artificielles de milieu, d'alimentation et d'hygiène générale, qui les rapprochent notablement des modalités de la vie de l'homme civilisé moderne.

On a dit, je crois, ou plutôt on pourrait dire que la pyorrhée est une affection de préférence aristocratique. On la rencontre surtout dans les classes aisées, bien moins parmi la clientèle de l'Assistance publique. La même constatation semble s'appliquer au chien.

En disant que cette affection frappe par prédilection les individus de la classe aisée, je fais allusion non seulement aux excès, à la surabondance du régime alimentaire dont l'influence en l'occurrence ne saurait être contestée, mais aussi au développement, à l'impressionnabilité plus grande du système nerveux chez ces sujets, et aux causes multiples et fréquentes d'épuisement nerveux. L'étude de faits nombreux observés avec soin me conduit à attribuer un rôle de première importance à l'influence des troubles nerveux, de causes psychiques, dans la genèse de la pyorrhée.

Les petits chiens d'appartements sont, eux aussi, remarquables par leur intelligence plus éveillée, plus développée, et il est permis de penser que cette culture et cette suractivité de leurs facultés intellectuelles ne sont pas étrangères à la production de la pyorrhée.

Il y a là, en ce qui touche la détermination des conditions prédisposant à la pyorrhée, une source d'études intéressantes et que nous espérons pouvoir un jour traiter d'une manière plus circonstanciée.

Si nous passons à l'examen des manifestations purement locales nous reconnaissons ici les grands symptômes classiques de la pyorrhée observée chez l'homme :

A. — Congestion et décollement de la gencive au niveau des dents malades.

B. — Mobilité et déviation de ces mêmes dents.

C. — Suppuration.

Tous ces symptômes sont nettement marqués sur ces pièces, sauf la suppuration, bien entendu, les pièces étant conservées dans une solution de formol à 10 o/oo.

L'analogie n'est pas moindre quand on considère l'état successif des lésions ou leur distribution topographique.

Ainsi, en examinant ces pièces, vous verrez que la mâchoire supérieure est plus profondément atteinte que l'inférieure, ainsi que l'indique la chute spontanée d'un certain nombre de dents du haut, tandis que sur la mandibule toutes les dents sont au complet.

A quoi tient cette irrégularité de localisation ? Il est difficile de l'interpréter, de même qu'il est assez souvent difficile de dire pourquoi chez nos malades telle dent est atteinte de préférence à d'autres.

On remarquera aussi que le côté droit est plus éprouvé que le côté gauche et cela en haut aussi bien qu'en bas. On ne saurait l'attribuer à l'action du tartre, celui-ci étant également abondant à gauche comme à droite, en haut comme en bas.

Autre constatation digne d'être notée : ce sont les petites dents à petites racines, fixées dans des alvéoles aux parois minces qui sont le plus profondément frappées et portent les lésions les plus étendues. Baumé a déjà fait la même observation et explique de la sorte la prédisposition des incisives inférieures aux troubles pyorrhéiques. Voilà donc encore un fait intéressant pour affirmer la communauté de cet état morbide chez l'homme et l'animal.

Si vous examinez les dents extraites, ainsi que je viens de le faire, vous observerez des lésions variables selon qu'il s'agit d'une dent au début de la maladie ou à une période déjà avancée.

Tout au début, quand il n'y a pas trace de pyorrhée et que l'existence de cette dernière est à peine soupçonnée, on constate sur la dent extraite un épaississement considérable de la membrane alvéolo-dentaire. J'insiste sur cette particularité dont l'importance me paraît considérable, d'autant plus qu'il s'agit de dents parfaitement solides

dans leurs alvéoles. Si ce fait était reconnu exact dans tous les cas de pyorrhée, il tendrait à faire admettre que les modifications péridentaires précèdent le processus pyorrhéique.

J'ajoute que la même constatation a été faite par Hopewel-Smith sur les sections histologiques qu'il a eu à examiner.

Cet épaississement, si évident, de la membrane ne saurait être rapporté à l'action irritative du tartre.

On trouve en effet le tartre en abondance sur la couronne, mais au-dessous de la gencive, et au niveau du collet il n'y en a pas trace.

Si l'on examine une dent extraite à une période avancée de la maladie, quand elle est déjà très mobile, on remarque que presque toute la racine est dénudée et il reste une petite portion de membrane fort épaissie juste au niveau de l'apex. La surface dénudée de la racine est couverte de tartre et il semble bien que le tartre envahit cette dernière au fur et à mesure de la disparition de la membrane.

Ces quelques constatations, que vous pouvez faire vous-mêmes, en examinant les pièces que je vous présente, n'autorisent pas évidemment de grandes généralisations. Elles montrent cependant avec netteté la grande similitude des caractères cliniques que cette affection revêt, à la fois chez l'homme et chez le chien. Et sans prétendre à l'identité complète des conditions chez ces différentes espèces, il est permis de penser que les recherches histo-pathologiques que nous nous proposons de poursuivre sur les chiens pyorrhéiques nous aideront mieux à comprendre les lésions observées chez l'homme.

PIERRE FAUCHARD, SA VIE, SON ŒUVRE ET SES PRINCIPAUX DEVANCIERS AUX XVIe ET XVIIe SIÈCLES

Par George Viau,

Professeur à l'École dentaire de Paris.

Notre collaborateur et ami M. G. Viau va publier prochainement une étude des plus complètes et des plus intéressantes sur Pierre Fauchard.

On sait que depuis de longues années il s'occupe de réunir tous les livres et documents concernant l'histoire de l'art dentaire. Aussi lui avons-nous demandé de présenter lui-même son livre à nos lecteurs.

N. D. L. R.

Je viens de donner à l'impression une étude biographique sur Pierre Fauchard, accompagnée de l'analyse critique de son œuvre, ainsi que de celles de ses devanciers les plus immédiats.

Depuis quelques années on a beaucoup parlé de Fauchard et vanté son ouvrage d'une façon plus ou moins dithyrambique ; mais, à de très rares exceptions, on n'a ni lu ni médité phrase à phrase les deux éditions légèrement différentes de ce livre, publiées du vivant de ce dentiste éminent. Trop souvent on se contente d'une lecture superficielle qui ne permet pas de pénétrer suffisamment la pensée de l'auteur. Et cela, d'autant plus que les deux siècles écoulés depuis Fauchard ont rendu les formes d'exposition des idées un peu différentes de ce qu'elles étaient alors. D'autre part, les connaissances scientifiques générales, qui, à toutes les époques, servent de base à la théorie que comporte toute spécialisation, sont, bien plus encore que la langue, devenues différentes de ce qu'elles étaient à l'époque de Fauchard. Leur obscurité vient encore augmenter ce que cette lecture peut avoir de laborieux pour nous.

Pour bien pénétrer la pensée des auteurs anciens, il faut donc s'astreindre à une étude très attentive des textes ; on y distingue d'abord le fil des idées générales qui doivent

rester et former la trame solide sur laquelle se brodent ensuite les images séculairement transmuables.

Je me suis donc astreint à cette étude attentive et j'ai suivi pas à pas le développement des idées de Fauchard pour en tirer par des citations essentielles, comme disait Rabelais, toute la « substantifique moelle ».

Ce choix des parties les plus intéressantes et l'analyse critique que j'en fais, permettront, je l'espère, à beaucoup de confrères, qui auraient reculé devant la lecture de tout l'ouvrage, de se rendre compte du rôle prépondérant que Fauchard eut dans l'évolution de notre art et de toutes les géniales idées qu'il émit, soit comme chirurgien, soit comme prothésiste. Est-il utile de rappeler ses vues si divinatoires sur le traitement des canaux radiculaires, ses méthodes d'antisepsie, avant la lettre, dès 1728, son traitement de la pyorrhée alvéolaire, depuis nommée maladie de Fauchard, etc...! Et en prothèse la hardiesse de ses procédés, l'ingéniosité de ses dentiers complets et de ses pièces partielles qui, ainsi que le déclarait le Dr Crevers au Congrès de Saint-Louis en 1904, doivent être considérées comme les premières applications des « *Crown-bridge-work* », etc...

L'attrait qu'exerçait sur moi cette grande figure professionnelle date du reste de longtemps. Dès avant 1893, époque où je fus mis sur la piste de documents de la plus haute importance concernant Fauchard, je m'attachai à lui de telle façon que, depuis cette époque, je continuai ces recherches lentes et laborieuses, dont l'ouvrage, que je présente aux suffrages de mes confrères, est le résultat.

Ces documents et l'analyse de son œuvre n'ont point fait déchoir notre grand ancêtre du piédestal sur lequel l'histoire l'a définitivement élevé. Au contraire, l'examen des auteurs qui, plus ou moins spécialement, traitèrent avant lui de la bouche et des dents démontre plus impérieusement, par la comparaison qui s'impose, tout ce dont notre art lui est redevable.

Pour établir le bien-fondé de cette opinion, il m'a donc

fallu remonter au delà de Fauchard dans l'histoire de l'art dentaire, pour bien le situer dans le milieu où il put se former. Comme on le verra par l'énoncé des titres des chapitres, après un court résumé historique, je me suis surtout attaché à quatre des auteurs qui le précédèrent dans les deux siècles antérieurs : les XVI[e] et XVII[e] siècles, et dont les écrits sont plus particulièrement typiques du savoir des chirurgiens et des « *dentateurs* » d'alors. Deux de ces auteurs, Urbain Hémard et B. Martin, furent même presque les seuls livres d'étude de Fauchard, d'après son témoignage.

Ces deux ouvrages étant d'une grande rareté j'ai cru intéressant de les analyser aussi complètement que possible.

Cette étude préliminaire ne fera que mieux ressortir l'importante figure de notre vieux maître et expliquera, j'en suis sûr, ce qui pourrait à première vue paraître exagéré dans l'éloge que nous faisons de lui.

Je n'ai pas négligé la partie anecdotique et artistique que pouvait comprendre un semblable travail, et je donne plusieurs portraits de Pierre Fauchard que par des recherches heureuses j'ai pu découvrir, portraits dont j'indique la provenance dans le cours de l'ouvrage.

J'ai considéré que c'étaient là des documents de première importance. Le visage, « reflet de l'âme » comme l'on disait autrefois, n'est-il pas souvent la page explicative qui nous permet de donner toute leur valeur au raisonnement critique que nous pouvons faire sur la mentalité, la vie et les œuvres de ceux dont nous scrutons la pensée ! Sans la connaissance du visage que de points d'une biographie ne seraient jamais éclaircis.

J'ose donc espérer que cette étude, plus complète que celles que l'on a faites antérieurement sur Fauchard, sera bien accueillie par mes confrères et que tous les vétérans du devoir professionnel, de même que les plus jeunes de nos élèves, y trouveront un nouveau sujet d'être fiers d'un art qui a su captiver et inspirer un si grand esprit.

UN FACTEUR IMPORTANT DE L'HYGIÈNE DENTAIRE

Par C. Christensen (Copenhague).

(Communication à la F. D. I., session de Stockholm.)

Une longue expérience m'a prouvé que la carotte crue est un aliment qui convient admirablement pour enseigner à la génération future l'art presque abandonné de mastiquer convenablement. Je ne crois pas être le seul à l'avoir observé, mais jusqu'à présent ce sujet ne m'a pas paru recevoir l'attention qu'il méritait. Si la mastication des carottes était pratiquée systématiquement, ce serait un facteur important dans la lutte contre la dégénérescence croissante des organes masticatoires des habitants des pays civilisés.

Les enfants doivent apprendre à mastiquer complètement pour développer leurs organes de mastication, mais il est très difficile de les y habituer, car, de nos jours, il n'est que peu d'aliments qui exigent une mastication complète, tout en procurant une satisfaction du goût aux enfants actuels qui reçoivent une nourriture si tendre.

Viande tendre, pain mou, aliments hachés n'exigent qu'un peu de pétrissage que nous baptisons du nom de mastication. Et nous n'obtenons pas grand résultat en prescrivant aux enfants du pain épais grossier à croûte dure. Il en est surtout ainsi pour les enfants qui ont le plus besoin de mastiquer, c'est-à-dire ceux qui ont des dents faibles, des mâchoires peu développées, car ces enfants ne peuvent pas supporter la mastication des croûtes dures, de sorte qu'ils les avalent, plus ou moins mâchées.

Pour obtenir de la part des enfants des progrès dans la mastication, il faut leur indiquer un aliment qu'ils mastiquent avec plaisir. Or la carotte crue possède justement cette qualité ; elle est agréable à mâcher, suffisamment dure, tout en étant assez cassante, de sorte que l'enfant désire surmonter la résistance et il apprend bientôt à mâcher convenablement, parce que son instinct naturel l'amène à

la mâcher en aussi petits morceaux qu'il est possible, afin d'obtenir complètement le goût frais et juteux de la carotte.

Il en est de même de quelques autres fruits, les pommes par exemple ; mais beaucoup d'enfants ne peuvent mastiquer les pommes à cause de l'acidité de leur suc et, dans les pays septentrionaux, tout le monde ne peut pas offrir pour aliment quotidien à ses enfants des pommes, qui coûtent relativement cher. Je recommande donc de mâcher une carotte crue chaque jour, et l'on en verra bientôt le bon résultat.

Il y a toutefois un inconvénient, la carotte a une origine trop plébéienne. Dans notre époque de sybaritisme, les enfants ne consentiraient pas à ranger une chose simple et si vulgaire qu'une carotte au nombre des choses que leur offre le confiseur. La carotte ne pourrait supporter la lutte avec le nougat, les caramels, les bonbons, qui sont si mauvais pour les dents, à moins que nous ne persuadions à l'opinion publique que la carotte crue est une chose sucrée, délicate et saine.

REVUE DES REVUES

LA BARRE TRANSVERSALE DE SOUTIEN POUR BRIDGES AU POINT DE VUE DES PRESSIONS S'EXERÇANT DANS LA BOUCHE

Par Otto Riechelmann, de Strasbourg.

(Suite.)

Pour faciliter l'explication, supposons qu'il faille remplacer avec les piliers insuffisants |3 8. Nous conduirons la barre de soutien dans la région de |6, vers le côté gauche, où nous le fixerons avec des crampons à selle à une dent qui nous paraîtra propre à cela ou, mieux, en découronnant la dent support et en l'ancrant avec un pivot à ressort parallèle à l'autre côté et descendant dans la nouvelle couronne. Nous ferons partir la barre de soutien du point le plus faible du pont pour la pression de mastication en déterminant, suivant le cas, ce point le plus faible.

Dans ce genre de pont l'action de soutien de la barre est claire ; de même si nous avons de chaque côté des piliers angulaires insuffisants et si nous unissons les selles des deux ponts au moyen de barres, par exemple, 8-3|3-8. Dans ce cas 3|3 recevraient des coiffes Richmond avec pivots à ressort parallèles, 8|8 des couronnes avec des crampons à selle entourants, tandis que la barre de soutien va de |6 à |6 parce que la somme des forces agissantes atteint le point le plus faible.

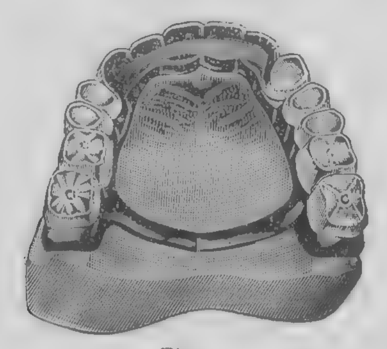


Fig. 7.

Il n'en est pas de même si, d'un côté, il existe des piliers suffisants, tandis que, de l'autre, seul le pilier antérieur existe. Alors il est né-

cessaire de se rendre compte de la direction de l'action et de la force de la pression, du soutien que donnera la barre, et de la position que celle-ci doit occuper.

Comme Rumpel a discuté, dans le nº de janvier 1912 de la *Zahn. Woch.*, la position de ma barre de soutien dans le maxillaire inférieur et recommandé l'union directe des parties du pont d'après Robinson, je suis obligé d'essayer de combattre son opinion et d'entreprendre cette discussion pour les cas du maxillaire supérieur. Rumpel part, pour expliquer la question, d'un cas défavorable et d'hypothèses inexactes et arrive à des conclusions fausses. J'ai dit, et Rumpel m'a mal compris, qu'en faisant reposer les points où débouche la barre dans le corps de la pièce de prothèse derrière les points d'appui ou de rotation fixes, j'interromps ou supprime l'effet de levier et que plus je place en arrière les points de débouché, plus l'effet de soutien est avantageux. Pour la démonstration je prendrai le cas où il existe d'un côté des points d'appui suffisants, tandis que de l'autre le pilier antérieur seul existe.

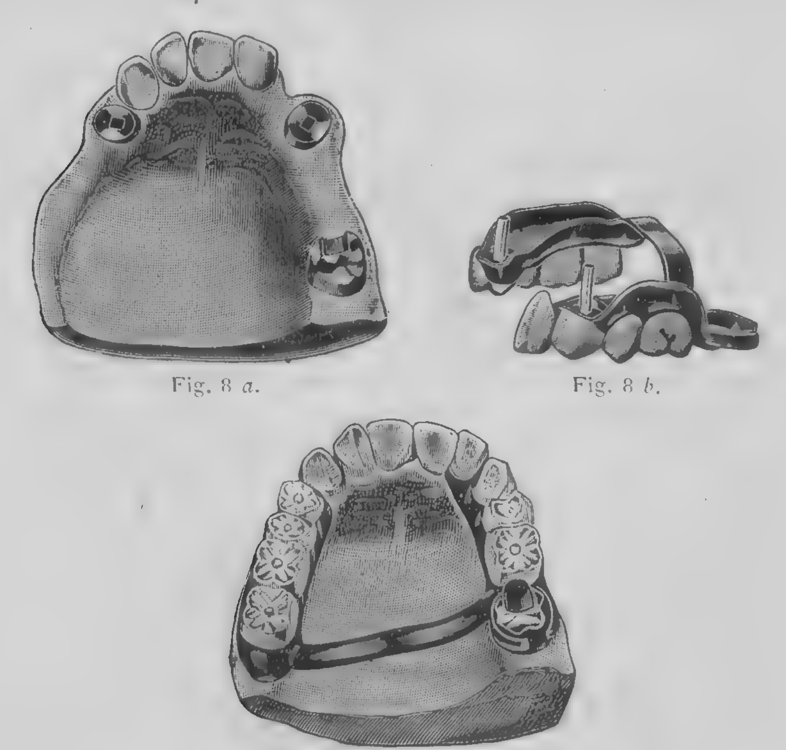


Fig. 8 *a*. Fig. 8 *b*.

Fig. 8 *c*.

Je suis parti des relations existant dans le maxillaire supérieur et je les ai étendues, en les modifiant, au maxillaire inférieur, car la résis-

tance du premier (fixe) doit être égale à celle du second (mobile), puisque la résistance égale la force (fig. 8 *a*, *b*, *c*). Considérons donc le cas suivant dans le maxillaire supérieur et examinons l'action de soutien de la barre. Il existe encore 1|1 2 3 et les racines de 7 3|4, 3|4 ont des coiffes Richmond avec pivots à ressort parallèles, 7| a une couronne avec crampon à selle l'entourant, les parties du pont ont été coulées massives et largement étendues et réunies de 6| vers |7 (fig. 9) par une tige de soutien. Schématiquement C et D correspondent aux pivots à ressorts en 3|4, B correspond à la couronne avec crampon à selle de 7| et A est le point terminal de la partie de pont faisant saillie, tandis que la jonction E F (fig. 10) indique la barre de soutien. Admettons, d'après l'empirisme, que B et D sont assez forts pour supporter la pression exercée sur eux et sur la selle interposée entre eux sans être lésés, et que la pression de la mastication agisse

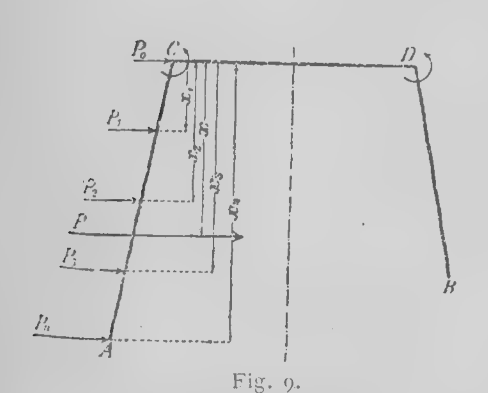


Fig. 9.
Schéma avec tige
d'après Rumpel-Robinson.

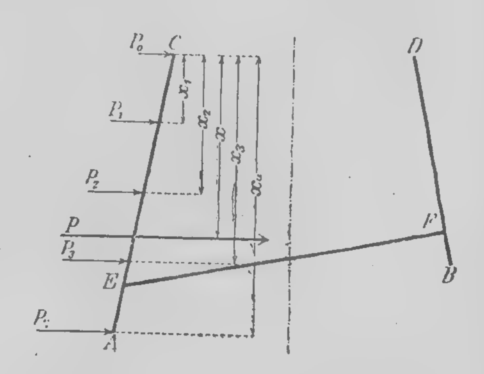


Fig. 10.
Schéma avec tige
d'après Riechelmann.

physiologiquement. De l'autre côté nous avons comme seul appui et par suite comme point de rotation C ; nous ne pouvons plus parler d'une pression de mastication *physiologique*, mais nous devons parler d'une pression de mastication *pathologique* que A C exerce sur C. Supposons une pression de dehors ou de dedans sur C A sans la jonction E F; il est clair que cette pression ébranle en peu de temps le point de rotation C, comme composante horizontale de la pression de mastication, car il ne s'oppose plus au levier C A comme contre-levier que le rayon de la racine de 4|. Annulons la force, car une jonction de C et D, comme Robinson-Rumpel la mettent dans le maxillaire inférieur doit être gênante pour la langue dans le maxillaire supérieur, et plaçons celle-ci comme barre de jonction d'après Robinson-Rumpel dans ce cas aussi dans le maxillaire supérieur ; comme les pressions sont les mêmes pour les deux maxillaires, nous pourrons voir la diffé-

rence de l'action de soutien de pression entre ma tige et celle de Robinson-Rumpel dans le maxillaire supérieur.

Ces explications ne doivent être acceptées que théoriquement, car Rumpel, comme moi, n'emploiera la barre que dans la position donnée E F. Admettons maintenant la fixation ferme d'après Rumpel par la barre C D — je doute qu'il y ait une barre véritablement ferme sans la moindre possibilité de courbure — on obtient l'action de la force comme il suit. La pression de mastication étant pour les incisives la moitié de ce qu'elle est pour les dents de sagesse, la longueur de l'écartement de la force correspond à la force agissante.

Nous aurions alors une force montant constamment de C vers A et qui en A est le double environ de ce qu'elle est en C. La somme P de ces forces agirait alors sur C A. La nouvelle définition de la pression est alors la suivante : la pression est un apport constant d'énergie mécanique sur un corps et est analogue à l'apport constant d'énergie thermique (chaleur) ou électrique (électricité). Le choc est l'apport momentané d'énergie mécanique et est analogue à l'échauffement brusque ou à l'étincelle électrique.

Avec la jonction fixe C D la composante de la pression de mastication horizontale agit comme force rotative directement sur C et D, sans qu'il puisse y avoir soutien du côté des points d'appui fixes D et B, car tout l'apport d'énergie mécanique est amené sans interruption directement vers C et en même temps par la jonction fixe vers D et provoquera dans les deux une forte action rotative. Il n'y a que dans une faible mesure une action compensatrice en ce sens que D, par suite de la jonction des ponts, est soutenu par B. Dans la même mesure, mais en sens inverse, l'action de rotation se produit sur C et D, si la pression agit de dedans en dehors sur A C.

Plaçons maintenant la barre de soutien de E vers F en jonction directe, l'apport d'énergie mécanique en E cesse, une partie va directement sur le côté soutenant D B, le reste demeure sur A C. La force de rotation, qui, en cas de jonction ferme C D, agit directement sur les points C D uniformément, demeure limitée à C, tandis que D sort de sa sphère d'action. Si nous recherchons les forces de soutien qui en F s'opposent à la pression qui y est conduite, nous trouvons : 1° que la barre reçoit une partie de la pression et la transmet au palais ; 2° la fixité relative de D et B ; 3° la force de soutien du maxillaire par la pose de la selle ; 4° en cas d'articulation juste la pression du maxillaire opposé dans l'axe vertical vers la composante latérale de la pression de mastication. La somme de ces 4 forces de soutien est assez forte pour supprimer, comme pression opposée en F, la pression de mastication latérale sur A C et pour transformer la pression pathologique sur A C en une pression physiologique. *(A suivre.)*

REVUE ANALYTIQUE

Nécrose étendue des parois du sinus à la suite de scarlatine.

Il s'agit d'un malade de 18 ans qui avait été atteint de scarlatine, six mois auparavant. Il présenta des hémorragies cutanées, de la conjonctive, de la muqueuse nasale, de la gencive, du tympan et de la muqueuse du larynx. Dans la troisième semaine de la maladie survint un érysipèle avec épistaxis intense. Dans la sixième semaine apparurent des douleurs du côté droit de la face, attribuées à une molaire cariée ; trois jours après, gonflement du côté droit avec suppuration par le méat moyen.

On intervint tout de suite par la fosse canine et on constata une nécrose de toutes les parois du sinus. La muqueuse nécrosée et détachée avait l'apparence d'un doigtier en caoutchouc. L'opération réussit très bien. La guérison se fit normalement.

Jusqu'à présent, on n'avait pas signalé beaucoup de cas d'infection du sinus dans la scarlatine.

L'apparition de l'œdème des joues doit toujours faire penser à la sinusite.

(*Deutche Zahn. Zeitung*, 1912.)

Affection des yeux à la suite d'extractions.

L'auteur donne communication de trois cas d'accidents, suite d'extractions :

1° Il s'agit d'un enfant âgé de 12 ans ; après extraction d'une grosse molaire, il présente une exophthalmie double, œdème des paupières et de la conjonctive ; mobilité diminuée du globe oculaire. A la trépanation du sinus éthmoïdal et frontal, on trouve du pus dans le sinus frontal droit, de même, sans pénétration dans l'orbite. Le liquide céphalo-rachidien était clair. La mort survint avec des symptômes de méningite.

A l'autopsie, on trouve un abcès double de l'orbite, une thrombose des deux sinus caverneux, un abcès du poumon et de la pleurésie.

Il est probable, qu'à la suite de l'extraction, il y a eu formation des abcès par voie lymphatique avec manifestations secondaires ;

2° Une femme âgée de 40 ans, après extraction d'une incisive, présente une exophthalmie de l'œil gauche. Une incision du tissu cellulaire de l'orbite ne donne qu'à la deuxième reprise une trace de pus.

Mort avec symptômes d'une thrombose du sinus caverneux atteint probablement par une thrombose de la veine orbitale ;

3° A la suite d'une extraction, gonflement de la joue et de la paupière droite avec diminution de la vue du même côté. Trépanation de la fosse canine, on trouve du pus.

Sans doute il y a eu infection du sinus maxillaire par l'alvéole et communication par la paroi orbitaire du sinus et névrite du nerf optique. A la discussion de la communication on vient d'ajouter un

quatrième cas semblable : exophthalmie suivie de mort après incision. Formation d'abcès cérébral.

(GUSMANN, *Soc. ophthalm.*)

Les manifestations buccales de la syphilis et les dangers d'infection qui en résultent.

Les cas d'infection indirecte sont très fréquents et l'auteur est d'avis que l'on devrait attirer plus souvent l'attention du public sur les dangers de la maladie et de protéger le professionnel contre les dangers de l'infection. D'après Buckley, sur 9058 cas de syphilis, 4753 cas ont débuté par des manifestations buccales.

Après avoir fait l'historique de la maladie, il s'arrête à l'étiologie. Il fait la description du bacille du spirochaète pâle qui a été découvert par Schaudinn et Hoffmann ; de forme spiralée, très difficile à reconnaître, il se trouve dans toutes les lésions de la syphilis, disparaît rapidement en dehors de l'organisme, sans quoi la contagion serait encore plus fréquente.

Les plaques muqueuses constituent la manifestation la plus contagieuse et il est rare qu'on ne la rencontre pas, même dans les cas mieux soignés.

Les dentistes sont très exposés à la contagion et ils devraient prendre toutes les précautions quand ils ont un malade suspect de syphilis.

Il leur est recommandé de porter, dans ce cas, des gants de caoutchouc et d'enduire la moindre égratignure de leurs doigts de collodion ; la stérilisation parfaite des instruments est, bien entendu, de rigueur.

(*Deutsche Zahnartzliche Wochenschrift*, n° 37.)

Couronne de platine mou enrobée d'or par la coulée.

Dès que le moignon de molaire à recouvrir est décortiqué, bien conéifié, raccourci de longueur, etc., une bande de platine *mou au 3 d'épaisseur*, et de largeur appropriée, préalablement recuit, est placée sur le moignon pour l'encercler. Un fort cordonnet de soie, placé autour, serré et noué fortement, applique la bande de platine mince aussi étroitement que possible ; à ce moment, si les espaces interdentaires le permettent, un autre fil, celui-ci de fer fin, est passé et dirigé près du collet noué ; puis aussi délicatement que possible, ce tube est retiré de dessus la dent sans la moindre déformation au moyen d'une pince à bec fin.

Les jointures enduites de borax, *un paillon d'or fin* sur la couture, et d'un coup de chalumeau, la bague est soudée.

Présenté sur la dent, ce tube est ajusté, mis en longueur, adapté à l'antagonisme, coiffé d'un tampon de cire ; le malade est invité à fermer sa mâchoire aussi fortement que possible.

Avec un crochet à nettoyage, la bague entraînant son capuchon de cire est sortie de la bouche, le tube rempli très soigneusement de revêtement fin attendra une demi-heure environ le durcissement, placé sur un petit monticule en plâtre de bonne consistance. En coulant l'antagonisme, ne pourra ensuite confectionner la face triturante sur le tube.

Débarrassé de l'antagonisme et de la cire, on se trouve à présent en

présence du tube de platine rempli de revêtement, et piqué sur un socle de plâtre.

Comme ce tube est mince et qu'il ne pourrait avec succès résister longtemps à l'usure des brosses à dents et de la mastication, on l'épaissira d'une très légère couche de cire spéciale à la fonte, couche qui recouvrira la bague de platine tout en reconstituant la face triturante.

La pointe de coulée est placée et la dent est reconstituée sur son socle, prête à subir sa mise en revêtement.

L'or coulé recouvrant toute la partie de l'organe qui réclame de la force, laissera au contraire au collet de la dent un mince pourtour de platine *mou* au 3 seulement d'épaisseur et qu'il sera facile, après le placement dans la bouche, d'adapter intimement au collet de la dent par un brunissage au tour, ou une application intime au maillet automatique monté sur le tour.

Bien entendu, les fouloirs employés pour ce travail auront été polis au préalable afin de ne pas cribler de hachures le collet.

Le tube mince ainsi préparé est appelé à servir, non pas de renforcement, mais de matrice impénétrable et indéformable par la coulée d'or fondu qui la recouvrira de la face triturante à un millimètre du collet; ce procédé direct économise considérablement le temps d'exécution, en donnant au chapeau d'or un ajustement des plus parfaits, évite le volume et donne au bord cervical de la bague un débordement des plus infimes, puisqu'il n'est représenté que par le collet de platine au 3.

(Léger-Dorez, *Laboratoire*, 20 octobre 1912.)

Traitement des infections buccales par un glycéré d'iode et d'iodure de zinc.

Parmi les antiseptiques que l'on utilise pour la désinfection de la cavité buccale, l'iode est incontestablement celui qui agit le plus rapidement et qui donne les résultats les plus satisfaisants. Mais, en employant les préparations officinales, telles que la teinture d'iode, on se heurte à cette difficulté que leurs applications fréquentes risquent fort d'exercer une action destructive sur la muqueuse. Afin de remédier à cet état de choses, M. Talbot (de Chicago) a recours a un glycéré d'iode et d'iodure de zinc, qui, à en juger d'après la communication faite par notre confrère à la dernière Assemblée annuelle de l'Association médicale américaine, donnerait d'excellents résultats.

La préparation préconisée par M. Talbot contient 2 parties d'eau, 3 parties d'iodure de zinc et 5 parties d'iode pour 10 parties de glycérine. Comparé avec la teinture d'iode ordinaire, ce glycéré présente l'avantage de posséder des propriétés astringentes beaucoup plus accentuées, sans compter que la glycérine favorise l'absorption rapide de l'iode et réduit ses effets irritants au minimum. D'autre part, la préparation dont il s'agit est douée d'un pouvoir de pénétration vraiment remarquable. La présence de glycérine, qui en augmente la consistance, l'empêche de se mêler à la salive et de se diffuser à la surface de la muqueuse buccale, comme cela a lieu pour la teinture d'iode.

D'après l'expérience de notre confrère, ce glycéré peut être appliqué

sur les gencives tous les jours au besoin, sans aucunement endommager les tissus.

M. Talbot attire particulièrement l'attention sur les bons effets que donne cette préparation dans les affections osseuses telles que caries, affections osseuses, ostéomyélites, etc. ; elle pénètre profondément dans les tissus de l'os, atteint tous les coins et recoins du foyer morbide et détruit les germes avec lesquels elle vient en contact. Les propriétés astringentes et stimulantes de l'iodure de zinc, jointes aux propriétés bactéricides de l'iode, favorisent beaucoup la réparation rapide des lésions osseuses, souvent sans qu'il faille recourir à l'emploi de la curette.

L'auteur recommande l'usage de la préparation dont il s'agit dans toutes les opérations portant sur des cavités purulentes, tant avant qu'après l'intervention, ainsi que dans les avulsions de dents, qu'il y ait ou non formation d'abcès. Dans les phlegmasies des amygdales le glycéré en question donnerait également de très bons résultats. M. Talbot préconise aussi l'emploi de cette préparation, à titre prophylactique, chez les enfants fréquentant les écoles publiques ; afin d'éviter les infections buccales, il conseille de badigeonner, une fois par semaine, les dents, les gencives et la muqueuse de la bouche de ces écoliers avec le glycéré d'iode et d'iodure de zinc.

Il importe que l'iodure de zinc qui entre dans la composition de cette préparation soit exempt de toute impureté.

(*Arch. de Stomat.*)

Trois cas de noma buccal étudiés au point de vue bactériologique.

L'examen des lames obtenues avec la sérosité montre la présence de bacilles fusiformes assez gros et de fines spirilles réalisant la symbiose fuso-spirillaire de Vincent.

Les cultures n'ont donné que peu de résultats : elles sont restées stériles dans un cas ; dans un autre il s'est développé un bacille strictement anaérobie : dans le troisième, il s'est développé des microbes banaux.

Les inoculations ont provoqué des abcès, dans le pus desquels il n'a été trouvé ni bacille fusiforme ni spirilles. Sur les coupes on retrouve des microbes très variés, mais à la périphérie de l'escarre on n'observe presque que des bacilles fusiformes, qui sont surtout abondants entre les faisceaux musculaires.

Avec Veszpremi et Rona les auteurs pensent que le noma appartient au groupe des fuso-spirilloses, comme la stomatite ulcéro-membraneuse.

En raison de l'heureux effet des injections de 606 dans les spirilloses, on peut tenter par analogie ce traitement au cours du noma.

(Zuber et Petit, *La Clinique infantile,* 15 août 1912.)

Hémorragie tardive.

Lorsqu'on se trouve devant un cas d'hémorragie, la question des hémostatiques se pose toujours. Ceux-ci varient selon que l'on a affaire

à une hémorragie artérielle, veineuse ou capillaire et aussi selon la partie du corps qui est atteinte.

L'hémorragie accessible sera traitée de préférence par des moyens directs, tandis que, pour l'hémorragie inaccessible, il faut bien avoir recours aux coagulants intérieurs, tel le chlorure de calcium ou le lactate de strontium, qui ne donnent malheureusement que des résultats inconstants. L'injection d'ergotinine produit bien la vaso-constriction mais son action ne persiste pas et est suivie d'un relâchement tardif et dangereux des vaso-moteurs.

Les coagulants, comme la gélatine en injection, présentent l'inconvénient sérieux d'être difficilement stérilisables. Au contraire, le sérum qu'on a toujours sous la main (sérum antitétanique, antistreptococcique) possède, comme coagulant, une action presque constante. L'opération est simple et rapide.

Dans la bouche on employait jadis le perchlorure de fer. Mais il restait une surface sanieuse cicatrisant mal. L'adrénaline peut rendre des services. On a employé, dans des cas bénins, l'antipyrine, les attouchements au thermo ou au galvanocautère dans les cas d'hémorragie artérielle.

La compression, dans la plupart des cas, donne de bons résultats. C'est la méthode de choix pour la bouche, vu que la compression est facilitée par l'occlusion maxillaire.

Un simple tampon de gaze trempé dans l'eau oxygénée est mis en place au niveau de l'hémorragie. On demande alors au malade de fermer la bouche et de serrer modérément. Cette méthode est simple et rapide et permet de s'occuper d'autres malades. Si l'hémorragie ne s'arrête pas, c'est que la compression n'est pas exercée à l'endroit voulu. Mais en enlevant rapidement le tampon, on aperçoit aisément le point « qui donne » et rien n'empêche alors d'appliquer le galvanocautère, dans le cas présent.

Dans le cas d'hémorragie tardive qui a donné lieu aux considérations qui précèdent, l'auteur pense que, étant donné son siège au niveau du rebord lingual de l'alvéole qui, en cet endroit, était tranchant, on est en droit de conclure qu'un corps dur, une croûte de pain par exemple, a produit la lésion par pression de la gencive sur le rebord alvéolaire tranchant.

Conclusions. — 1° Il est nécessaire, après chaque avulsion, de vérifier si les rebords alvéolaires ne présentent pas de parties aiguës ou tranchantes. Un coup de curette fera ainsi œuvre prophylactique.

2° En cas d'hémorragie, la compression est un moyen à conseiller.

3° L'injection de sérum constitue un excellent coagulant favorisant la formation du caillot sanguin.

(VAN DER GHINST, *Province Dentaire.*)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 3 décembre 1912.

Présidence de M. Audy.

(Suite et fin.)

IV. — Apex de canine « multicanale » (delta apical) photomicrographie, par MM. Frey et Dumont.

M. Dumont donne lecture de sa communication. Il est ensuite procédé à des projections photomicrographiques en couleur au sujet desquelles M. Dumont fournit quelques explications complémentaires.

Discussion.

M. Dumont. — Depuis longtemps la question est tranchée en ce qui concerne la division de la pulpe dans la chambre pulpaire et dans les canaux. Que le canal ou la racine se subdivise, ceci est relativement très fréquent, mais que l'apex se termine comme c'est le cas pour cette dent, en forme de delta ou de pomme d'arrosoir, je ne sais si l'on rencontre de nombreux cas de ce genre; mais, pour ma part, c'est le premier et je vous le signale. Quant à dire pourquoi cette anomalie est plus fréquente chez les animaux que chez l'homme, je me borne à constater le fait et à signaler l'opinion à ce sujet de différents auteurs qui se sont occupés de la question.

M. Roy. — Je n'ai pas fait d'examens histologiques, néanmoins je me rangerai assez volontiers à l'avis de M. Dumont parce qu'au point de vue clinique nous constatons souvent que, dans les dents ayant des canaux multiples, ceux-ci se réunissent souvent en un seul apex. C'est une chose que nous constatons dans les molaires inférieures qui ont deux canaux dans les racines mésiales, et l'on trouve les deux canaux se réunissant en un seul apex.

Ce n'est pas au point de vue histologique que je veux parler, je n'ai pas la compétence nécessaire pour cela, mais c'est surtout au point de vue clinique et thérapeutique, que MM. Frey et Dumont ont déjà signalé dans leur communication. Il y a là encore un nouveau fait à l'appui des anomalies existantes dans les canaux

et un fait qui montre que, de même que les auteurs l'indiquent, on doit chercher à désinfecter les dents non pas avec des antiseptiques fixes, si je puis dire, mais avec des antiseptiques diffusibles, c'est-à-dire soit avec des essences, soit avec le formol, en un mot avec des antiseptiques qui émettent des vapeurs et qui soient très diffusibles, de façon à aller désinfecter les régions des dents qui ne sont pas accessibles aux instruments.

J'appelle également à cet égard l'attention au sujet d'un point sur lequel j'ai insisté à maintes reprises déjà dans diverses communications, c'est la nécessité de ne pas obturer des canaux avec des substances inertes, telles que la gutta. C'est une faute, selon moi, d'obturer les canaux radiculaires de cette façon, car, même dans un canal normalement formé, on n'est jamais sûr d'avoir enlevé toutes les particules organiques et l'on doit, dans ces conditions, remplir les canaux avec une substance non pas inerte, mais capable de neutraliser les parties organiques qui n'auraient pas été enlevées.

En obturant les canaux radiculaires avec une substance antiseptique, si vous rencontrez une anomalie canaliculaire, cela peut ne pas avoir d'importance, parce que la substance antiseptique que vous aurez employée pourra modifier les parties organiques qui n'auront pas été enlevées.

Cette substance est très facile à trouver, vous la connaissez, c'est la pâte d'oxyde de zinc et d'essence de girofles.

Ce produit est beaucoup plus fluide que la gutta, par conséquent il pénètre beaucoup plus facilement dans les canaux et il durcit d'une façon parfaite. Si pour une raison ou pour une autre une partie du canal ne se trouve pas complètement remplie, cette substance agit à distance parce qu'elle émet des vapeurs antiseptiques qui assureront la désinfection de la dent après obturation permanente de la dent, ce que ne fait pas la gutta.

M. Dumont. — Dans le même ordre d'idées, vous savez que M. Frey préconise la résection totale de l'apex, tandis que d'autres auteurs recommandent le grattage de la racine au niveau de la même région.

M. Roy. — Vous abordez là un ordre de fait différent et pour y répondre je vous ferai remarquer que vous constatez vous-même que le cas que vous venez de nous présenter est une chose tout à fait anormale, tout à fait exceptionnelle puisque tous les auteurs paraissent d'accord sur ce sujet. Aussi je ne crois pas qu'il y ait lieu de modifier la technique habituelle pour une chose aussi exceptionnelle que celle-là.

Je suis opposé à la résection apicale, parce que cette résection a été faite en disant qu'on enlevait la portion de racine nécrosée

cause de l'abcès. Or, j'ai dit qu'il était faux de dire que c'était la portion de racine nécrosée qui entretenait l'abcès, parce que les lésions radiculaires étaient beaucoup moins importantes que les lésions alvéolaires. Donnez une large issue au pus, nettoyez complètement la cavité abcédée et vous verrez tous les phénomènes rétrocéder sans enlever l'apex. J'ai démontré également, et tous ceux qui ont ouvert des alvéoles pour des abcès chroniques ont pu le constater comme moi, que les lésions radiculaires ne sont pas des lésions circonférencielles, sauf de rares exceptions, mais, d'une façon générale, des lésions ou mésiales, ou distales, ou vestibulaires, ou linguales ; le plus souvent mésiales ou distales, dans lesquelles la racine est complètement saine jusqu'au voisinage de l'apex sur une ou plusieurs de ses faces.

(L'orateur fait une démonstration au tableau noir.)

Si vous voulez bien examiner le dessin que je viens de faire qui représente les lésions existant dans la majeure partie des abcès alvéolaires chroniques, il en résulte que, dans une résection apicale:

1° On n'enlève généralement pas toute la portion dépourvue de ligament (soi-disant cause de la chronicité de l'abcès) et cependant l'abcès guérit ;

2° Par la résection elle-même on crée une nouvelle surface de racine dépourvue de ligament, et cependant l'abcès guérit ;

3° On enlève presque toujours une portion (souvent considérable) de racine non dépourvue de son ligament et on nuit ainsi à la résistance ultérieure d'une dent qui a déjà subi une grosse altération radiculaire et alvéolaire du fait de l'abcès ;

4° L'opération se trouve compliquée et il en résulte une perte de substance plus difficile à combler comme j'ai pu le constater chez des malades opérés par des partisans de la résection apicale.

En résumé ainsi que je l'ai démontré par les observations que j'ai publiées et par les nombreuses démonstrations que j'en ai fait, la résection apicale est généralement inutile dans les abcès alvéolaires chroniques et ceux-ci guérissent très bien, et même mieux, par l'ouverture large de la cavité abcédée et le curettage des parois osseuses et de la racine bien que l'extrémité radiculaire dépourvue de ligament soit restée en place.

M. Mendel-Joseph. — J'estime que la question soulevée par M. Roy est assez intéressante pour qu'on s'y arrête quelque peu et je vous demanderai la permission de dire quelques mots à son sujet.

Ce n'est pas parce que l'extrémité apicale est dépourvue de son ligament qu'elle pourrait entretenir la suppuration, mais parce que cette portion de la racine, quand il s'agit de suppurations chroniques, est presque toujours infiltrée dans sa profondeur ;

les recherches bactériologiques sont démonstratives à ce sujet. Vous laissez donc en plein tissu alvéolaire une partie de la racine bourrée de germes qui peuvent ultérieurement reproduire les phénomènes pyorrhéiques.

Si le procédé de M. Roy donne des résultats satisfaisants, ainsi qu'il l'affirme, c'est que l'organisme, souvent bon ouvrier, se charge de compléter l'œuvre imparfaite de l'opérateur. L'organisme met en mouvement tous ses moyens de défense, toutes ses aptitudes réactionnelles : la portion de la racine dénudée est résorbée, les microorganismes phagocytes, le tout, enfin, absorbé et éliminé.

Mais les réactions défensives de l'organisme peuvent être mises en défaut, et c'est alors que vous aurez des récidives.

J'admets donc que le curettage seul est un procédé insuffisant sans la résection de l'extrémité de la racine.

M. Roy. — Je demande pardon à la Société de revenir encore sur cette question, car ce débat s'engage à l'occasion d'une communication tout à fait étrangère à ce sujet. Je poserai simplement une question : étant donné que les lésions sont telles que je les ai représentées au tableau, je demanderai à M. Mendel qu'il veuille bien me dire qu'est-ce qu'il réséquera de la racine étant données les lésions que j'ai représentées ici.

M. Mendel-Joseph. — L'extrémité apicale, et je traiterai partout ailleurs.

M. Roy. — Je n'ai pas voulu décrire à nouveau ce soir l'opération que je préconise parce que je la suppose connue de la plupart d'entre vous ; mais si M. Mendel se souvenait de ce que j'ai publié à ce sujet et se rappelait le nom que j'ai donné à cette opération de *curettage alvéolo-radiculaire*, je crois qu'il n'aurait pas fait les objections qu'il a faites. Je sais en effet comme lui que la racine est infectée et c'est pour cela que comme l'indique le titre je curette la racine ; mais je curette aussi et avec non moins de soin, les parois alvéolaires, toujours beaucoup plus altérées que les parois radiculaires et encore une fois je ne résèque pas l'apex parce que cela est généralement inutile et que l'affection guérit très bien sans cela. En outre, par mon procédé opératoire, je ne touche qu'aux portions malades de la racine et pas du tout aux parties restées saines ; en respectant celles-ci, ce que ne fait pas la résection apicale, j'assure une meilleure nutrition et une plus grande résistance à la racine.

Je pourrais vous citer à cet égard un cas que j'ai eu l'occasion d'observer, qui montre encore un des inconvénients de la résection apicale. C'est un malade opéré par un de nos confrères d'Amérique, qui s'est fait le grand défenseur de la résection apicale.

Ce malade venant en France pour assez longtemps, le confrère en question me l'avait adressé en me demandant de lui continuer des soins qu'il lui avait donnés. Eh bien j'ai pu constater que son malade présente dans le vestibule, il s'agit d'une incisive latérale supérieure, une perte de substance de la région apicale qui ne se comble pas et qui ne se comblera jamais, car il y a une trop grosse perte de substance.

Je soigne ce malade avec conviction, je ne lui ai pas dit ce que je pensais de la chose, mais il est incontestable que, si l'opération a réussi, au point de vue de la guérison de l'abcès, puisque celle-ci a été obtenue, il est incontestable que la résection de l'apex a aggravé le cas de ce malade qui aurait aussi complètement guéri si on lui avait fait le curettage alvéolo-radiculaire sans cette résection apicale.

M. Georges Villain. — M. Roy disait tout à l'heure n'être pas partisan de l'obturation des racines avec des substances inertes. Je lui demanderai s'il n'est pas opposé à l'obturation des racines avec une pâte antiseptique et un cône de substance dure.

J'estime qu'un canal doit être parfaitement obturé, surtout pour les dents qu'une opération ultérieure peut empêcher de maintenir à l'abri de la salive : les dents ou racines devant servir de support à des pivots ou coiffes pour travaux à pont, par exemple, dans ces cas il est indispensable de s'assurer l'obturation absolue du canal que l'on doit élargir sur une certaine longueur afin d'y introduire le pivot. Dans ce cas l'extrémité apicale du canal doit être obturée avec une parfaite certitude. J'ai toujours préconisé d'obturer avec une pâte contenant des substances médicamenteuses volatiles (essences de girofle, formol, etc.), puis de chasser cette pâte dans les canaux avec un cône de gutta. Vous me direz qu'on peut chasser la pâte avec un instrument à obturer les racines, mais alors le médicament fuse sur les côtés du canal, l'instrument ne forme pas piston dans ces cas. Avec un cône de gutta trempé au moment de s'en servir dans de l'essence d'eucalyptus ou du chloroforme, on obtient un cône dur dont la surface molle permet l'adaptation absolue contre les parois du canal, le cône de gutta agit comme un piston et par ce procédé l'on chasse le produit jusqu'à l'extrémité apicale et l'on a la certitude d'obturer le canal avec un antiseptique et un corps dur.

J'avoue que j'ai eu quelquefois comme conséquence de ce traitement une légère poussée de périostite due à la pénétration du médicament au delà du foramen apical, mais je préfère cet incident aux accidents qui peuvent résulter de l'obturation imparfaite des canaux.

M. Roy. — J'ai toujours préconisé l'obturation des canaux à

l'aide d'une pâte antiseptique. Que cette obturation soit faite totalement dans tout le canal avec une pâte ou qu'elle soit faite seulement à l'extrémité du canal, cela importe peu, la question importante est que l'extrémité du canal soit bouchée avec un antiseptique. Que l'obturation de la portion superficielle soit faite avec de l'or, du ciment, etc., cela n'a aucune importance au point de vue de l'infection.

Une erreur, un préjugé, contre lequel je voudrais réagir est celui qui consiste à croire que la pâte d'oxyde de zinc et d'essence de girofle n'est pas une substance tout à fait hermétique et tout à fait solide pouvant convenir à une obturation convenable des canaux. Cette substance présente une herméticité parfaite et une solidité très suffisante pour résister à toutes les manœuvres de préparation des canaux pour l'application de pivots dans ceux-ci.

On peut ajouter certainement de la gutta derrière la pâte d'oxyde de zinc, je le fais parfois me servant de la gutta comme d'un piston pour pousser la pâte dans les canaux étroits, mais la question importante c'est que l'apex soit bouché avec une substance antiseptique.

Le président. — Nous regrettons que M. Frey ne soit pas ici ce soir pour le remercier de sa communication, qui a amené des discussions pratiques très intéressantes.

J'espère que M. Dumont voudra bien lui transmettre nos remerciements. Vous verrez que les études qui paraissent théoriques ont toujours un point de vue d'application pratique, c'est pour cela qu'il nous faut autant que possible rechercher les travaux purement scientifiques.

La séance est levée à onze heures et demie.

Le secrétaire général,
R. LEMIÈRE.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 6 février 1913.

RÉSUMÉ [1].

A la séance de la Société d'Odontologie de Paris du 6 février, dont nous publierons prochainement le compte rendu, Me Ducuing, du Barreau de Paris, conseil judiciaire de la Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris et de l'Association générale syndicale des dentistes de France, a fait une communication sur le droit des chirurgiens-dentistes à la pratique de l'anesthésie, droit qui a été récemment reconnu par un jugement du Tribunal de la Seine, à la suite des poursuites exercées devant lui contre deux chirurgiens-dentistes. Il a montré que ces poursuites avaient été exercées contrairement à la loi du 30 novembre 1892, qui a reconnu aux chirurgiens-dentistes le droit de pratiquer l'anesthésie générale et locale, pour laquelle ils sont préparés du reste par l'enseignement qui leur est donné dans les écoles dentaires et par les examens qu'ils subissent dans les Facultés de médecine.

Au cours de la discussion qui a suivi, on a rappelé que c'est un simple dentiste de Hartford, Horace Wells, dont la statue est érigée à Paris au square des États-Unis, qui a appliqué le premier l'anesthésie générale. Me Ducuing a également commenté la récente circulaire de M. le procureur de la République Lescouvé, relative à la vente, l'achat et l'emploi de l'opium et de ses extraits sur la seule ordonnance des médecins et des vétérinaires.

Dans l'énumération des personnes qui peuvent prescrire des substances vénéneuses cette circulaire omet les chirurgiens-dentistes. Il pourrait en résulter de graves inconvénients dans l'exercice de l'art dentaire ; aussi les sociétés intéressées viennent-elles d'adresser, dans la lettre que nous reproduisons plus loin, leurs doléances à M. Lescouvé, en réclamant la mention des chirurgiens-dentistes au nombre des personnes aptes à prescrire des anesthésiques, conformément à la loi du 30 novembre 1892 sur la médecine. (Voir également à ce sujet le jugement de la 10e chambre, que nous reproduisons ci-après.)

Au cours de la séance, diverses communications ont été faites, par MM. Mendel-Joseph sur *la desquamation buccale profuse simulant la pyorrhée* et Zimmermann sur *les bridges amovibles*.

---

1. Le compte rendu analytique paraîtra dans un prochain numéro.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance de janvier 1913.

I. — Tumeur de la joue.

MM. Guilly et Chompret présentent un malade atteint d'une tumeur de la joue dont le diagnostic est difficile à établir.

M. C.. âgé de 36 ans, vient au mois de novembre 1912 consulter nos confrères pour une grosseur de la joue gauche qui a commencé à apparaître il y a dix-huit mois. Les antécédents sont les suivants : successivement et à des âges différents le malade a été atteint de rougeole, diphtérie, blennorrhagie ; il nie toute syphilis, mais il a un enfant qui après la naissance a présenté du pemphigus. Le malade a, à la joue gauche, une tumeur de la grosseur d'une amande, la déformation s'étend de l'angle de la commissure des lèvres à un centimètre de la branche montante du maxillaire en arrière, un peu au-dessus du bord inférieur du maxillaire inférieur et à un centimètre et demi environ de l'os malaire. Lorsqu'on fait ouvrir la bouche au patient, la grosseur apparaît à la partie interne et fait saillie sous la muqueuse. C'est une tumeur dure, mobile, lardacée, de consistance scléreuse et dont le développement s'est fait en nappe. L'état général est satisfaisant. A la mâchoire supérieure il existe un appareil en caoutchouc dont la construction et l'articulation sont défectueuses.

Au point de vue diagnostic on pense d'abord à une inflammation chronique due au mauvais état et au fonctionnement défectueux de l'appareil ; aussi, on nettoie la bouche et on répare l'appareil, malgré cela la tumeur ne diminue pas, augmente même ; on pense alors à l'évolution d'une tumeur bénigne et par élimination on pose le diagnostic de fibro-myome, mais sur ces entrefaites une réaction de Wassermann étant faite et étant positive on pense enfin à une tumeur possible d'origine syphilitique, une sorte de gomme à allure un peu spéciale.

II. — Ankylose temporo-maxillaire double.

MM. Chateau et Pouroy rapportent l'observation très intéressante d'une ankylose temporo-maxillaire double. Il s'agit d'une femme de 41 ans qui depuis l'âge de 6 ans et demi a cette ankylose. A la suite d'un traumatisme violent qui a déterminé plusieurs fractures et une plaie très profonde du menton, il devint petit à petit impossible à la malade de faire mouvoir le maxillaire inférieur et environ deux mois après l'accident l'ankylose était totale. La malade est restée ainsi jusqu'à l'âge de 35 ans, s'alimentant par l'ouverture inter-incisif. A ce moment étant atteinte de douleurs et de névralgie assez vives, que l'on attribue à l'état

des dents de sagesse supérieures, on fit l'extraction de toutes les molaires pour arriver à extraire ces dents de sagesse. Il est à remarquer que la phonation est très bonne, ainsi que le chant ; la mastication se fait également très bien, grâce aux mouvements de la langue sur la face interne des dents antérieures. Le maxillaire inférieur ne présente pas de déformation, il est symétrique, sans trace de fractures, mais il est petit, atrophié en quelque sorte et les dents sont légèrement couchées en dedans.

A propos de cette intéressante observation M. Gernez fait remarquer que tout choc direct sur le menton détermine presque toujours une fracture des condyles et cette fracture seule en deux morceaux ; au contraire tout autre choc détermine une fracture du maxillaire, mais pas des condyles. Il insiste également et démontre que l'opération chirurgicale de ces ankyloses n'est pas très grave.

III. — Articulation temporo-maxillaire et articulateurs.

M. Amoëdo, à propos de l'articulation temporo-maxillaire et des rapports qui existent entre cette articulation et les arcades dentaires, fait défiler devant nos yeux des reproductions des mâchoires de différents animaux, pour montrer les différences qui existent entre les divers groupes et les reproductions des appareils des articulateurs qui ont été inventés ainsi que les diverses théories s'y rattachant. Cette communication montre encore une fois avec quelle ardeur et quelle persévérance M. Amoëdo étudie cette question ; il possède une collection vraiment intéressante, et qui mériterait d'être étudiée, de tous les appareils et de toutes les théories se rattachant à ce sujet.

IV. — Histo-pathologie de la greffe dentaire.

M. Mendel-Joseph, ayant étudié, sur le chien, la greffe dentaire, apporte à la Société toute une série de coupes histologiques destinées à démontrer l'existence du ligament dans la greffe et les différents processus de réaction et de résorption qui accompagnent la greffe dentaire. Les expériences ont été de deux sortes : greffe de dents extraites et réimplantées tout de suite sans aucune espèce de traitement, la pulpe entre autres étant laissée telle quelle, et greffe de dent morte extraite depuis longtemps. Toute la série de coupes que présente M. Mendel-Joseph est extrêmement intéressante et montre les différents aspects histologiques que l'on peut rencontrer sur une dent greffée. Il en résulte que la dent greffée est d'autant plus solide que les phénomènes de réaction, de résorption sont limités, espacés, qu'ils sont confinés vers l'apex et que la persistance de la membrane alvéolaire est plus grande.

P. V.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

SESSION DE STOCKHOLM, AOUT 1912.

(*Suite.*)

Conseil exécutif.

Séance du 29 août, matin.

Présidence de M. PATERSON, président.

Le *président* fait part des excuses de MM. Godon, Kirk, Daubry (Saint-Pétersbourg), Weiser (Vienne), Rojo (Mexico), Campion (Manchester), Mimmery (Londres).

Rapport de la Commission d'hygiène.

Le Conseil examine la proposition de cette Commission tendant à prendre les *Archives internationales d'hygiène buccale* comme organe officiel de la F. D. I.

M. Aguilar et *M. Rosenthal* proposent l'ajournement.

M. Van der Hœven expose trois raisons pour repousser la proposition de la Commission : 1° Il est illogique que les comptes rendus de la F. D. I. soient publiés non par elle, mais par une de ses commissions ; 2° les *archives* ne sont pas encore lues par beaucoup de dentistes ; 3° la Commission d'hygiène n'a pas indiqué comment elle se procurera des fonds pour publier les comptes rendus en quatre langues. Il ne connaît pas d'autres moyens de se procurer des fonds si ce n'est par sa proposition consistant en ce que toutes les sociétés dentaires versent des contributions.

M. Roy appuie les observations de M. Van der Hœven.

M. Van der Hœven ajoute qu'il parle en son nom personnel et non comme secrétaire de la Commission.

M. Rosenthal considère que la première chose à connaître c'est le prix de la publication des comptes rendus en quatre langues. C'est seulement après qu'on pourra discuter la part contributive de chaque association nationale. Mais il pense que la dépense sera très élevée.

Le président pense qu'après les idées exprimées par les trésoriers d'autrefois et le trésorier actuel de la F. D. I. la question doit être ajournée pour nouvel examen. — *Approuvé.*

M. Van der Hœven propose :

1° Que les associations dentaires nationales des pays représentés à la F. D. I. versent une cotisation annuelle à la F. D. I. suivant le nombre de leurs membres ;

2° Que, s'il est publié un organe officiel de la F. D. I., des exemplaires gratuits soient envoyés à ces associations en nombre proportionnel à celui de leurs membres.

Il ajoute que son but est d'arriver à la publication d'un journal officiel de la F. D. I. dans ses quatre langues et de faire connaître davantage son œuvre en envoyant un exemplaire gratuit de ses comptes rendus à tout membre d'une association nationale versant une cotisation à la F. D. I. La proposition de la Commission relative aux *Archives internationales* ne répond pas aux besoins et il la combat en conséquence. Il ne voit aucun moyen de se procurer des fonds si ce n'est en invitant les associations nationales à verser une souscription annuelle à la F. D. I. Cette souscription n'a pas besoin d'être très élevée parce que beaucoup d'associations seront heureuses de verser quelque chose afin d'avoir ces comptes rendus pour leurs membres. Comme son œuvre est pour le profit de la dentisterie du monde entier, tout dentiste bien posé doit désirer la connaître. Elle n'est qu'un corps consultatif et toute son action consiste à inculquer des idées dans l'esprit des confrères et à répandre cette œuvre parmi tous les dentistes du monde entier.

Le président trouve admirable le but de l'orateur et demande s'il a idée de la contribution que verseraient les associations nationales.

M. Van der Hœven répond qu'il est impossible de le dire tant qu'une commission n'aura pas fait d'enquête.

M. Schäffer-Stückert ne pense pas qu'on puisse escompter beaucoup les souscriptions d'Allemagne, où les dentistes soutiennent déjà 35 sociétés.

M. Roy trouve logiques les idées de M. Van der Hœven, mais la question d'argent est très difficile.

M. Dieck n'est pas de l'avis de M. Schäffer-Stückert et pense que le Central Verein, qui compte 1.100 membres, ou le Vereinsbund souscriront.

M. Aguilar fait remarquer que la F. D. I. reçoit déjà de divers pays les cotisations de leurs délégués au Conseil exécutif. La première proposition n'est pas praticable et n'est pas nécessaire, parce qu'il y aura l'an prochain un excédent à verser aux organisateurs du Congrès dentaire international de 1914. Pour le moment la F. D. I. n'a donc pas besoin d'argent.

Quant à la 2e proposition, il serait trop coûteux de publier les comptes rendus en quatre langues. Le président mérite un vote

enthousiaste de remercîments pour les efforts qu'il a fait en publiant les comptes rendus de 1911 d'une façon économique et parfaite. Il propose que l'assemblée lui demande et demande au secrétaire adjoint, M. Guy, de continuer ainsi.

Le président propose de renvoyer l'examen de la question au secrétaire général, au trésorier, à M. Guy et à lui-même. Ils s'efforceront de fournir, le plus économiquement possible, des exemplaires des comptes rendus non seulement à chaque membre, mais aux sociétés affiliées à la F. D. I.

M. Van der Hœven rend hommage à ce qui a été fait, appuie à la proposition du président et retire la sienne.

M. Aguilar propose un vote de remercîments au président, à MM. Schäffer-Stückert et Guy pour la peine et l'habileté avec lesquelles ils ont assuré la publication des comptes rendus de 1911.

M. Van der Hœven appuie la proposition, qui est adoptée.

2e Réunion du Conseil exécutif.

Jeudi 29 août après-midi.

PRÉSIDENCE DE M. PATERSON

Ordre du jour :

Rapports des commissions.

Résolutions.

M. Van der Hœven présente les propositions de nomination de membres honoraires faites par la Commission d'hygiène, ainsi que les délibérations de la Commission.

M. Roy, appuyé par *M. Rosenthal*, propose de nommer M. Forberg président d'honneur de cette Commission. — *Adopté à l'unanimité.*

M. Rosenthal propose la nomination de M. Sedley Taylor, membre du Trinity College (Cambridge) et de M. Brooks, rédacteur en chef du *Cambridge Daily News*, comme membres honoraires de la Commission.

M. Schäffer-Stückert propose de ne nommer membres de la Commission que les dentistes dont l'acceptation est sûre.

M. Van der Hœven propose de nommer les personnes portées sur la liste de la Commission d'hygiène non seulement membres de celle-ci, mais aussi de la F. D. I.

Les nominations proposées de membres honoraires et de membres ordinaires de la F. D. I. sont prononcées.

M. Van der Hœven dépose une proposition de modification de l'article 10 (a) de façon à comprendre parmi les membres du Conseil exécutif les présidents et secrétaires des commissions.

Le président répond que le règlement de la F. D. I. ne peut être modifié avant le prochain Congrès (1914).

M. Guy voit un grand avantage à ce que le nombre des membres de ce Conseil soit fixé à 50. En fait la plupart des présidents et secrétaires des commissions sont choisis comme étant membres de ce Conseil. Au dernier Congrès il n'a été permis d'ajouter qu'un membre à ce Conseil pour un pays nouvellement adhérent.

Le président ajoute qu'il est toujours possible au Conseil de consulter les présidents et secrétaires des commissions soit sur sa propre initiative, soit sur la leur. Dans cette consultation ils ne peuvent émettre de votes, autrement la proportion de la représentation des nations serait détruite.

M. Van der Hœven, après avoir pris l'avis de MM. Jessen et Lenhardtson, retire sa proposition.

Brochure Walkhoff.

M. Walkhoff expose que sa brochure a été écrite sur la demande d'une société médicale de 20.000 membres ; elle est destinée à éclairer les médecins et professeurs qui s'intéressent à l'hygiène.

M. Schäffer-Stückert recommande à chaque pays de publier une brochure semblable ou de faire traduire celle de M. Walkhoff. Il appuie la proposition consistant à recommander cette brochure aux comités nationaux.

M. Rosenthal l'appuie également. — *Adopté.*

Règlement de la Commission d'hygiène.

M. Van der Hœven propose d'adopter ce règlement publié dans le numéro 3 des *Archives internationales d'hygiène buccale* avec les modifications adoptées à Berlin.

M. Rosenthal dit que c'est la suite de l'importante discussion qui a eu lieu à la session de Londres (1911), où la proposition que la F. D. I. se charge directement de la vente des brosses à dents fut repoussée. Il a été élaboré un nouveau règlement dans lequel la F. D. I. n'est pas mentionnée.

M. Jessen ajoute que ce règlement ne serait appliqué que dans certains pays (Allemagne, Danemark, Hollande), dont les comités nationaux acceptent le moyen de se procurer des fonds.

M. Schäffer-Shückert ajoute que ce nouveau règlement permettrait à la Commission d'hygiène de faire ce qu'elle voudrait sous sa propre responsabilité.

Le président ne voit pas pourquoi une commission doit être régie par un nouveau règlement à l'encontre des autres commissions, parce qu'elle a été rendue permanente par le dernier Congrès

M. Jessen répond que la Commission d'hygiène a un rôle différent, plus pratique et moins théorique.

Le président espère qu'on peut se fier aux commissions pour qu'elles fassent ce qui est juste et conforme à la déontologie, que leur rôle soit pratique ou théorique, sans règlement spécial à cet effet.

M. Van der Hœven a pensé que, comme conséquence de la session de Londres, il fallait un nouveau règlement.

M. Roy rappelle que la session de Londres a laissé à chaque Comité national le soin de prendre une décision en ce qui concerne les moyens de propagande et les moyens de recueillir des fonds pour celle-ci et dit que l'on ne peut adopter un règlement qui a été repoussé l'année dernière à Londres.

M. Lenhardtson dit que la Commission a désiré élaborer certaines clauses pour qu'il ne s'élève plus de difficultés. La Commission agit pratiquement et d'une façon différente des autres commissions.

M. Rosenthal combat le nouveau règlement parce qu'il est en contradiction avec ce qui a été décidé à Londres.

M. Guy fait observer qu'il est impossible d'aboutir à une conclusion parce que le nouveau règlement n'est imprimé qu'en allemand.

M. Jessen retire sa proposition et annonce qu'il adressera le règlement en anglais, en français et en allemand aux membres du Conseil exécutif avant la prochaine session. — *Adopté.*

(*A suivre.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LA CRISE DE L'APPRENTISSAGE

Par M. Graff.

(Proposition faite à l'Assemblée générale de l'A. G. S. D. F., 1913.)

Vous savez tous quelles difficultés nous avons quand il faut choisir un mécanicien et surtout pour trouver un apprenti. Cela provient de la crise de l'apprentissage.

La question de la crise dans notre profession est à l'heure actuelle très grave parce que le nombre des apprentis diminue de plus en plus, à tel point que sous peu nous n'aurons plus d'ouvriers parce qu'on n'aura pas fait d'apprentis.

La première difficulté de recruter des apparentis vient des parents, qui ne se rendent pas compte des avantages qui leur sont offerts pour leur permettre de donner un métier à leurs enfants.

La seconde est due à des causes économiques et sociales : l'extension continue de l'industrie, ce qu'on appelle une crise de croissance, la diminution des natalités, l'augmentation du bien-être général et du coût de la vie qui amène les parents à exiger que leurs enfants reçoivent un salaire immédiat. D'autres causes proviennent de la mentalité des mécaniciens, qui craignent la concurrence et ne veulent plus former d'apprentis.

Enfin une des principales causes est dans une certaine mesure la faute des parents dont beaucoup rêvent pour leurs enfants des carrières d'employés ou de fonctionnaires qui leur paraissent moins dures et plus relevées que des métiers manuels.

Etat actuel des apprentis.

A côté de l'apprenti véritable, c'est-à-dire de l'adolescent qui travaille pour apprendre un métier avec ou sans contrat d'apprentissage explicite, se trouve l'adolescent qui est là uniquement en vue d'un travail producteur; bien souvent on lui donne le nom d'apprenti, mais ce n'en est pas un : c'est un petit domestique, et personne ne s'occupe de sa formation professionnelle. Là se trouve un des points les plus graves pour l'avenir de la profession et c'est le cas de beaucoup d'apprentis occupés par les dentistes; aussi quand les apprentis ont fait une année ou 18 mois dans une maison ils prétendent en savoir assez pour gagner leur vie et les voilà lancés mécaniciens, d'après eux.

Recrutement des apprentis.

Il faut d'abord faire connaître notre profession par des conférences dans les écoles primaires ; ces conférences seraient faites par des professionnels. L'expérience a montré que les enfants goûtent volontiers l'enseignement donné par des personnes étrangères à l'école. Mais ce n'est pas seulement sur l'esprit de l'enfant qu'on doit agir, c'est aussi sur celui des parents. Aux parents préoccupés avant tout d'augmenter le budget familial il faut faire sentir le devoir qu'ils ont de préparer à leurs enfants, par un apprentissage effectif, une situation rémunératrice pour leur vie tout entière ; aux parents qui, plus à leur aise, sont disposés à faire des sacrifices, mais souvent pour diriger leurs enfants vers les carrières du petit fonctionnaire, il faut expliquer que la loi des retraites ouvrières vient de créer des avantages précieux, montrer les salaires élevés auxquels les mécaniciens-dentistes atteignent aujourd'hui, salaires très supérieurs à ceux des employés ; il faut insister enfin sur la façon dont, même dans les milieux les plus intellectuels, la situation de l'ouvrier est relevée à la place hautement honorable qu'elle mérite d'occuper.

Ce qu'il faut :

1° C'est que le livret d'apprentissage soit rétabli et suive l'apprenti jusqu'à sa majorité ;

2° C'est qu'une loi concernant les contrats d'apprentissage intervienne pour sauvegarder les intérêts réciproques des patrons et des ouvriers ;

3° C'est faire des cours techniques pour élever le niveau intellectuel des enfants et les mettre au courant des progrès de l'art dentaire. Si parfait que soit l'enseignement à l'atelier, il ne pourra jamais comprendre que la partie manuelle, la partie pratique du métier ; c'est à l'atelier que l'apprenti sera initié à tous les détails du travail, à toutes les difficultés, mais là s'arrête le rôle de l'atelier. C'est au cours complémentaire que devra être demandée la suite de cet enseignement.

Pourquoi ne ferions-nous pas, comme dans quelques professions, des cours professionnels placés sous la direction de l'Association syndicale et subventionnés par l'Etat ? Là est peut-être pour nous un grand remède.

Quand nous aurons augmenté la valeur de l'apprenti au point de vue professionnel, nous aurons augmenté en même temps sa valeur d'homme, et nous pourrons dire que nous avons travaillé pour nous dans l'avenir et que nous aurons rendu service à l'humanité et à la république sociale.

PROJET DE CRÉATION D'UNE MÉDAILLE A DÉCERNER, AU NOM DE L'A. G. S. D. F., AUX MÉCANICIENS-DENTISTES APRÈS 20 ANS DE SERVICES DANS LA MÊME MAISON

Par M. ZIMMERMANN.

(Proposition faite à l'Assemblée générale de l'A. G. S. D. F., 1913.)

Au commencement de décembre dernier, j'ai adressé à M. Blatter, président de l'A. G. S. D. F., une lettre dans laquelle je l'informais de mon intention de soumettre à votre approbation, une proposition que j'énonçais en ces termes :

« Il est créé par l'Association générale syndicale des dentistes de France une médaille corporative qui sera donnée à tout mécanicien-dentiste, français, ayant travaillé pendant 25 années entières et consécutives chez le même patron. Cette médaille sera remise aux ayants droit, à une solennité dentaire annuelle ».

Quelques jours après l'envoi de ma lettre, je fis part de cette proposition aux confrères qui se réunirent au dîner mensuel du *Groupe des amis*. C'est un vote de ce Groupe qui me chargea de rédiger une proposition pour le soumettre à votre Assemblée générale annuelle.

Je crois que cette proposition vient à son heure, car les modifications apportées à l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste ont changé les conceptions d'avenir de tous les mécaniciens-dentistes.

Si nous revenons en arrière, jusqu'au moment où la loi de 1892 fut votée, nous nous trouvons en présence de mécaniciens qui avaient l'espoir de devenir patrons par le simple fait qu'ils prendraient une patente. Beaucoup d'entre eux prirent cette précaution, d'autres par négligence ne se ménagèrent pas cette porte d'entrée, et enfin un petit nombre ne purent avoir la patente parce qu'ils étaient trop jeunes. Les négligents et les jeunes se trouvèrent du jour au lendemain en face de règlements qui leur interdisaient l'exercice de toute une partie de leur profession.

Cependant ceux qui voulurent, de 1892 à 1910, obtenir le droit d'exercice légal purent encore l'obtenir après avoir passé le certificat d'études secondaires et accompli dans une école dentaire 3 années d'études, au bout desquelles, les examens de la Faculté subis avec succès, on leur délivrait le précieux parchemin.

Les années 1911 et 1912 virent encore entrer dans les écoles quelques mécaniciens que ne rebutèrent pas les 2 années supplémentaires de stage demandées par le nouveau décret. Aujourd'hui

que ce nouveau décret est entré en vigueur, on peut presque assurer que le mécanicien ne deviendra plus chirurgien-dentiste. Est-ce un bien, est-ce un mal ? Je penche pour la deuxième hypothèse, car le plus souvent le mécanicien-dentiste a fait le chirurgien-dentiste le plus complet. L'augmentation des études a donc tari la source bienfaisante qui déversait dans notre profession des diplômés très au courant de la prothèse et si l'on considère que c'est justement cette prothèse, qui est la branche principale de notre profession, il y a lieu de se demander si la nouvelle réglementation ne sera pas néfaste à l'intérêt général.

Que vont donc devenir les mécaniciens ?

Ceux qui aiment l'indépendance et qui seront entreprenants essaieront de faire de la prothèse à façon pour les dentistes qui ne peuvent ou qui ne veulent pas avoir chez eux de mécanicien.

Comme le nombre de ces façonniers sera certainement restreint, les autres tâcheront de trouver la place stable, où ils feront leur possible pour se créer une situation leur permettant de vivre et d'élever leur famille. Nous verrons certainement, et cela malgré les syndicalistes, des mécaniciens dont le travail sera tellement goûté par le patron que celui-ci leur fera prendre des empreintes, essayer et poser des appareils. Peut-être même que quelques syndicalistes seront heureux d'en avoir dans leur cabinet et ce sera la revanche des mécaniciens contre leurs poursuivants.

Comme dans toutes les professions, nous allons donc voir des mécaniciens qui resteront de nombreuses années chez leur patron. Eh bien ! ma proposition a pour but d'honorer leurs bons et loyaux services et de faire que, puisqu'ils auront été à la peine, ils soient aussi un jour à l'honneur.

Ce n'est du reste pas une innovation. De nombreuses corporations nous ont devancées dans cet ordre d'idées et ont créé une médaille corporative, et chaque ouvrier auquel on la remet en fait un très grand cas. L'Etat, lui aussi, remet aux vieux serviteurs de toutes industries après trente années de service une médaille d'honneur. Sans vouloir en rien diminuer cette médaille d'Etat, je me suis laissé dire que celle qui était préférée était la médaille corporative.

Je n'ai pas l'intention de vous énumérer les corporations dans lesquelles cette médaille est créée depuis de longues années. Je vous citerai simplement une des corporations de l'Etat patron, laquelle corporation englobe une grande partie de la population française. Dans notre grande armée française, la médaille militaire n'est pas autre chose qu'une médaille corporative donnée, au bout de quinze années de services au minimum, aux soldats, caporaux et sous-officiers. Cependant lorsque le Gouvernement

veut honorer dans des circonstances particulières certains officiers généraux, c'est la médaille militaire qui leur est attribuée et c'est, je crois, le plus bel honneur que l'on puisse faire à un officier en lui attachant cette médaille sur la poitrine.

Lorsque j'ai fait ma proposition concernant les mécaniciens-dentistes, je n'avais pas songé, et je m'en excuse, que d'autres collaborateurs du chirurgien-dentiste pouvaient être dignes de recevoir cette récompense professionnelle. J'ai donc pensé à vous soumettre une adjonction que l'on pourra ajouter au texte primitif, si vous le jugez bon :

« Pourront obtenir cette même médaille, les opérateurs, assistants, secrétaires ou serviteurs. »

J'espère qu'un vote unanime va permettre dès cette année, s'il y a des candidats, de mettre en application ma proposition, que je vous demande de renvoyer au Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F. En faisant ainsi, vous aurez reconnu les services rendus par tous vos bons collaborateurs et vous aurez contribué à appliquer les principes de justice et de reconnaissance sociales.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LETTRE AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE

Paris, le 3 février 1913.

A Monsieur le Procureur de la République près le Tribunal de première instance de la Seine.

Monsieur le Procureur de la République,

Au nom de la Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris, déclarée d'utilité publique par décret du 19 février 1892, de la Société d'Odontologie de Paris et de l'Association générale syndicale des Dentistes de France, syndicat professionnel inscrit sous le n° 182, ayant leur siège social rue de La Tour-d'Auvergne, n° 45, à Paris, les soussignés ont l'honneur d'appeler votre bienveillante attention sur les inconvénients que pourrait avoir pour l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste l'application littérale de votre circulaire relative à la vente, à l'achat et à l'emploi de l'opium et de ses extraits.

Dans cette circulaire vous rappelez aux commissaires de police qu'aux termes de l'ordonnance du 29 octobre 1846 (art. 5) la vente au public des substances vénéneuses ne peut être faite que par les pharmaciens pour des usages médicaux et sur la prescription d'un médecin, chirurgien, officier de santé, ou d'un vétérinaire breveté.

Cette ordonnance ne comprend pas les dentistes dans l'énumération des personnes qui peuvent prescrire l'emploi de substances vénéneuses. Or, parmi ces substances se trouvent les agents anesthésiques les plus communément appliqués pour le pansement ou l'extraction des dents, notamment la cocaïne.

Il en résulterait que non seulement les chirurgiens-dentistes ne pourraient plus prescrire à leurs malades des agents anesthésiques, mais qu'ils ne pourraient même plus s'en procurer pour l'usage de leur art qu'en demandant le concours d'un médecin, d'un chirurgien, d'un officier de santé ou d'un vétérinaire breveté. Ce concours pourrait même logiquement leur faire défaut, la prescription de ces substances par les médecins et personnes assimilées ne devant, dans l'esprit de la loi, être faite que pour des cas individuels et déterminés.

Cette réglementation rigoureuse se comprenait à une époque où l'exercice de l'art dentaire était libre. Elle aboutissait pratiquement à

rendre la présence du médecin nécessaire chaque fois que le dentiste faisait usage d'un anesthésique. Elle est aujourd'hni en opposition directe avec la loi du 30 novembre 1892, qui a réglementé la profession.

L'article 2 de cette loi subordonne l'exercice de l'art dentaire à la délivrance d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste. Il ne définit pas, il est vrai, l'étendue des droits que ce diplôme confère. Mais l'article 32 est plus explicite. Il dispose, en effet, que les dentistes inscrits au rôle des patentes avant le 1er février 1892 pourront continuer à pratiquer l'art dentaire et il ajoute :

« Les dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent n'auront le droit de pratiquer l'anesthésie qu'avec l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé ».

Il résulte implicitement de ce texte que les dentistes munis du diplôme peuvent, comme les médecins, faire usage des anesthésiques.

Les travaux préparatoires de la loi ne laissent d'ailleurs aucun doute à cet égard.

La Commission du Sénat avait proposé d'ajouter à l'article 2 un § ainsi conçu : « Les dentistes, qui ne sont pourvus que de ce diplôme spécial ne pourront pratiquer l'anesthésie générale qu'avec l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé ».

M. le Dr Brouardel, commissaire du Gouvernement, combattit cette addition : Ce qui arrivera, dit-il, c'est qu'il y aura un docteur *in absentia* qui couvrira les accidents de sa présence... Nous demandons en conséquence que les dentistes diplômés puissent pratiquer l'anesthésie locale ou générale et nous mettrons dans le programme d'enseignement ce qui sera nécessaire pour qu'ils puissent le faire sans danger... La proposition de la Commission fut repoussée.

La difficulté reprend quand le Sénat arrive à la discussion de l'article 32. On demande que les dentistes non munis de diplôme, mais inscrits à la patente au 1er janvier 1892, puissent pratiquer, sinon l'anesthésie générale, au moins l'anesthésie locale, qui paraissait présenter moins de danger. M. Brouardel s'opposa à ce tempérament en disant : « J'estime que les personnes qui ne connaissent pas la manipulation des poisons, qui n'en n'ont pas fait une étude spéciale, ne doivent pas plus pratiquer cette anesthésie que l'anesthésie générale. » Sur sa demande le mot *générale* qui avait été introduit sous le paragraphe 2 de l'article 32 fut supprimé.

Il n'est donc pas douteux que l'énumération contenue dans l'ordonnance du 29 octobre 1846 est incomplète. Aux médecin,

chirurgien, officier de santé, vétérinaire breveté, il faut ajouter depuis la loi du 30 novembre 1892 le chirurgien-dentiste.

La solution contraire ne s'inspirerait pas de l'intérêt de la santé publique, puisque, suivant la promesse du Dr Brouardel, le programme des études nécessaires à l'obtention du diplôme comprend l'étude des agents anesthésiques. Elle serait contraire à la loi. Elle entraverait d'une manière sérieuse l'exercice de la profession, puisque l'art dentaire fait un emploi fréquent de ces agents et qu'il est nécessaire que les chirurgiens-dentistes puissent librement s'en procurer.

Nous faisons appel, Monsieur le Procureur de la République, à votre bienveillante équité, pour que vous complétiez vos instructions en ce sens. Il serait d'ailleurs utile de spécifier que le droit d'acquérir des substances vénéneuses et de les prescrire n'appartient qu'aux chirurgiens-dentistes, et que l'ordonnance conserve son application aux dentistes, qui n'exercent qu'à la faveur de la mesure transitoire de l'article 32.

Veuillez, agréer, Monsieur le Procureur de la République, l'expression de notre profond respect.

Le président-directeur de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris,
GODON.

Le secrétaire général,
G. VILLAIN.

Le président de la Société d'Odontologie de Paris,
AUDY.

Le secrétaire général,
R. LEMIÈRE.

Le président de l'Association générale syndicale des dentistes de France,
BLATTER.

Le secrétaire général.
H. VILLAIN.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LA SEINE

(10e Chambre.)

Présidence de M. HUBERT DU PUY.

Audience du 14 janvier 1913.

DENTISTE. — LOI DU 30 NOVEMBRE 1892. — I. ANESTHÉSIE GÉNÉRALE OU LOCALE. — DROIT POUR LES DENTISTES DIPLOMÉS POSTÉRIEUREMENT A CETTE LOI D'Y PROCÉDER SANS L'ASSISTANCE D'UN DOCTEUR. — II. USURPATION DU TITRE DE « DOCTEUR ». — FAIT PUNISSABLE SEULEMENT S'IL ACCOMPAGNE LE DÉLIT D'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE.

I. L'article 32 de la loi du 30 novembre 1892 qui interdit aux dentistes de pratiquer l'anesthésie générale de leurs clients pour l'extraction des dents, sans être assistés d'un docteur ou d'un officier de santé, ne s'applique qu'aux dentistes qui, étant déjà inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892, ont conservé le droit d'exercer leur profession sans se munir de l'un des diplômes exigés par la loi nouvelle.

La prohibition formulée par cet article ne saurait concerner les chirurgiens-dentistes diplômés sous le régime postérieur à cette loi, et cela sans qu'il y ait lieu de distinguer entre l'anesthésie locale et l'anesthésie générale.

II. Dans une poursuite par infraction à la loi du 30 novembre 1892, en dehors de toute prévention pour escroquerie, l'usurpation du titre de « docteur » n'est punissable qu'autant que cette usurpation a accompagné le délit d'exercice illégal de la médecine et de l'art dentaire et a servi à son exécution.

Ces solutions résultent du jugement ci-après :

Le Tribunal ;

Attendu que la prévention reproche à X. et à Y. d'avoir pratiqué l'anesthésie générale de leurs clients pour l'extraction des dents, sans être assistés d'un docteur ou officier de santé ;

Attendu que ces deux prévenus ont obtenu leurs diplômes de chirurgiens-dentistes postérieurement à la loi du 30 novembre 1892, ainsi que cela est établi par les documents de la cause ;

Attendu que la prohibition qui fait l'objet du 2e paragraphe de l'article 32 de cette loi ne s'applique qu'aux dentistes se trouvant alors dans les conditions indiquées au 1er paragraphe de cet article, c'est-à-

dire aux dentistes qui, étant déjà inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892, ont conservé le droit d'exercer leur profession sans se munir de l'un des diplômes exigés par la loi nouvelle ;

Attendu que cette interprétation d'un texte clair par lui-même est conforme à l'intention du législateur manifestée au cours de la discussion de ce projet de loi ; qu'elle est adoptée pour la doctrine, notamment par le Dr Brouardel dans son traité : « *La médecine et le charlatanisme* » ;

Attendu qu'il est donc certain que les chirurgiens-dentistes diplômés sous le régime postérieur à cette loi, ayant ainsi fait des études spéciales appropriées à la pratique délicate de la chirurgie, ont la faculté d'employer l'anesthésie pour leurs opérations sans l'assistance obligatoire d'un docteur ou officier de santé ; et que la loi ne fait pas de distinction à cet égard entre l'anesthésie locale et l'anesthésie générale, mais que bien entendu cette faculté leur impose des devoirs étroits de prudence dont ils ne sauraient se dispenser sans engager gravement leur responsabilité au point de vue civil et pénal ;

Attendu en outre que la prévention fait grief à X. et Y. d'avoir usurpé le titre de « docteur » ;

Attendu qu'en effet il résulte des pièces jointes au dossier que ces prévenus ont pris à tort ce titre sur les imprimés destinés à leur correspondance ; qu'en cela ils ont obéi à une vanité professionnelle regrettable, et qu'on ne saurait trop blâmer ces procédés qui sont de nature à tromper la clientèle sur la valeur des dentistes auxquels elle s'adresse ;

Mais attendu, en droit, que dans une poursuite pour infraction à la loi du 30 novembre 1892, en dehors de toute prévention pour escroquerie, l'usurpation du titre de « docteur » n'est punissable qu'autant que cette usurpation a accompagné le délit d'exercice illégal de la médecine et de l'art dentaire et a servi à son exécution, mais que ce délit est écarté par le tribunal en ce qui concerne les deux prévenus ;

Par ces motifs ;

Renvoie X. et Y. des fins de poursuite sans dépens.

Observations. — I. Les solutions données par le jugement ci-dessus reproduit sont particulièrement intéressantes et doivent être approuvées. En effet, l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892 est formel :

« Le droit d'exercer l'art dentaire est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892. Les dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent n'auront le droit de pratiquer l'anesthésie qu'avec l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé. »

La prohibition édictée par le dit article ne concerne donc pas les dentistes qui ont obtenu leurs diplômes postérieurement à la loi dont s'agit. Le texte est formel. Au surplus, ces chirurgiens-dentistes ont fait des études spéciales de chirurgie et sont ainsi

préparés à employer des anesthésiques. Dans ces conditions, il ne convient pas de les astreindre à se faire assister d'un docteur, ou d'un officier de santé. Cette prescription ne peut se comprendre que pour les dentistes qui exerçaient leur art avant la loi et sans avoir les diplômes requis par celle-ci. Consulter : Brouardel, *Exercice de la médecine et charlatanisme*, pages 26 et suiv.

II. Le Tribunal n'était pas saisi d'une poursuite pour escroquerie, mais seulement pour infraction à la loi du 30 novembre 1892. Dans ces conditions, relaxant les prévenus des poursuites engagées contre eux de ce chef, il ne pouvait retenir contre eux l'usurpation du titre de « docteur ». En effet, l'article 19 de la loi précitée ne punit l'usurpation du titre de « docteur » que lorsqu'il y a exercice illégal.

(*La Gazette des Tribunaux*, 4 février 1913.)

NÉCROLOGIE

M. Queudot.

Nous apprenons avec une grande tristesse le décès de notre confrère M. Queudot, ancien directeur de l'Ecole odontotechnique, ancien membre de l'A. G. S. D. F. Il avait été très éprouvé il y a quelque temps par la mort de sa fille âgée de 18 ans.

De nombreux représentants des écoles dentaires et de la profession ont assisté aux obsèques.

Nous adressons à sa famille nos très sincères condoléances, avec l'expression de tous nos regrets.

***

Notre confrère M. Debray, de Saint-Germain-en-Laye, ancien trésorier de l'A. G. S. D. F., vient de perdre sa mère, Mme Debray, à l'âge de 79 ans.

Les obsèques ont eu lieu le 19 janvier à Paris.

Nous adressons à M. Debray et à sa famille nos vives condoléances.

***

Notre confrère M. Henry L. Weber vient d'avoir la douleur de perdre sa mère, Mme Elisabeth Weber, à l'âge de 56 ans.

Nous adressons à notre confrère, ainsi qu'à sa famille, nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Légion d'honneur.

Nous relevons avec un très vif plaisir parmi les nouveaux chevaliers de la Légion d'honneur le nom de M. Grimbert, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie, membre de l'Académie de médecine, professeur honoraire à l'Ecole dentaire de Paris.

M. Grimbert a donné pendant plusieurs années aux élèves de notre école un excellent enseignement dont tous ont gardé le souvenir.

Tous ceux qui l'ont connu, ses collègues qui l'appréciaient hautement et les nombreuses générations de chirurgiens-dentistes qu'il a contribué à former applaudiront à cette distinction, à cette récompense si justement méritée et se joindront à nous pour lui adresser de chaleureuses félicitations.



Nous apprenons avec grand plaisir que notre confrère M. Wisner, de Paris, membre de l'A. G. S. D. F., vient également d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Nous lui adressons nos vives félicitations.

Ecole dentaire de Paris.

Nous rappelons qu'un concours aura lieu à l'Ecole dentaire de Paris le 2 mars, pour trois postes de chef de clinique de prothèse.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 22 février.

Distinctions honorifiques.

Ajoutons aux distinctions honorifiques annoncées dans notre dernier numéro les suivantes, accordées à des membres de la profession.

Officiers de l'Instruction publique :

MM. Antoine (Carcassonne). — Bigaignon (Paris). — Bulache (Châlons-sur-Marne). — Devauchelle (Paris). — Fromaigeat (Paris). — Hénique (Asnières). — Pottier (Mme) (Paris). — Sorré (Paris).

Officiers d'Académie :

MM. Bonnin (Dijon). — Dauzier (Neuilly-sur-Seine). — Delage (Bordeaux). — Domergue (Paris). — Duclos (Nogent-sur-Marne). — Gilbert (Aurillac). — Goupil des Pallières (Besançon). — Lasnier (Bordeaux). — Last (Paris). — Louvet (Paris). — Malville (Marseille). — Nordmann (Paris). — Orbecchi (Paris). — Peters Walter (Nantes). — Philipeau (Fontenay-le-Comte). — Picamal (Paris). — Sauvanet (Issoudun). — Valery (Asnières).

Fédération dentaire nationale.

F. D. N.

Rappelons que l'Assemblée générale de la F. D. N. se tiendra le samedi soir 22 février, à 8 h. 1/2, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, avec l'ordre du jour que nous avons publié.

On sait que la Fédération groupe 23 sociétés professionnelles, c'est-à-dire la plupart des sociétés françaises et les plus importantes.

Le dimanche matin 23 aura lieu à l'Hôtel Continental une séance de démonstrations pratiques organisée par la Société d'odontologie de Paris, le Cercle odontologique de France et la Société odontologique de France.

Elle comprendra :

1° M. Chaboseau. — Présentation d'un four électrique improvisé ;

2° M. Darcissac. — Recherche de la dentine cariée par l'iode ;

3° M. Ferrand. — Présentation d'une nouvelle brosse à dents ;

4° M. Léger-Dorez. — Procédés en or coulé. Présentation d'appareils prothétiques ;

5° M. Ruppe. — Présentation et démonstration d'un gnathomètre ;

6° MM. G. et H. Villain. — Orthodontie.

Cette séance sera suivie d'un déjeuner amical à l'Hôtel Continental, dont le prix est fixé à 10 francs et auquel les dames sont admises.

Ce déjeuner fournira l'occasion de fêter le prix Miller.

Les adhésions sont reçues dès à présent chez M. Henri Villain, secrétaire général, 10, rue de l'Isly, Paris.

Le lundi matin, séance de démonstrations pratiques à l'Ecole dentaire de Paris, cette fois sur le patient.

Elle comprendra :

1° M. André. — Présentation d'appareils de prothèse restauratrice ;

2° M. Darcissac. — Recherche de la dentine cariée par l'iode ;

3° M. Ferrand. — Préparation de cavités, confection et placement d'un bridge à inlays en une séance ;

4° M. Jeay. — Anesthésie régionale du maxillaire ;

5° MM. L. Lemerle et André. — Présentation et visite du musée de l'Ecole dentaire de Paris ;

6° M. Roussel. — Exemples de démonstrations des cours pratiques de l'Ecole dentaire de Paris ;

7° M. Roy. — Opérations de stomatologie ;

8° Visite des écoles de la rue de La Tour-d'Auvergne et de la rue Garancière et des travaux du stage.

La réunion de la Fédération peut être la cause du rétablissement de l'union entre les odontologistes si chacun, oubliant ses rancunes et ses jalousies personnelles, vient à ces réunions professionnelles et confraternelles avec l'idée bien arrêtée de placer les intérêts généraux de l'art dentaire au-dessus des questions de personnes qui ont fait et qui font encore tant de mal à la corporation des chirurgiens-dentistes.

Pennsylvania Dental Club.

Le « Pennsylvania Dental Club » s'est réuni le mercredi 29 janvier dans un dîner amical au restaurant Véfour, sous la présidence de M. Field-Robinson ; de nombreux membres ont participé à cette réunion qui, par son absence de tout caractère officiel, avait revêtu cet aspect de camaraderie qui en fait tout le charme. Parmi ceux qui vinrent s'asseoir aux côtés du président citons : MM. W. S. Davenport, G. Robin, Lemière, Darcissac, Cauhépé A., Cauhépé G., Eudlitz, Daehler, Viau, Zimmermann, Godefroy, Bruschera, Loyer.

S'étaient excusés : MM. Hugenschmidt, Wetzel, Tacail, G. Villain, H. Villain. A l'issue du dîner, après l'exécution de quelques morceaux de chant américain accompagnés au piano par MM. Godefroy et Loyer, une question intéressante fut soulevée, à la discussion de laquelle chacun prit part : « Avantages et désavantages des ciments transparents sur les inlays porcelaine ». Les ciments transparents semblent avoir obtenu la majorité des voix.

Les convives enthousiastes se séparèrent en se promettant d'être présents à la prochaine réunion, en avril.

Manifestation de sympathie.

Les élèves et les amis de M. G. Deny, médecin de l'hospice de Bicêtre, professeur honoraire à l'Ecole dentaire de Paris, ont remis à ce dernier, à l'occasion de sa retraite et de sa nomination de médecin honoraire de la Salpêtrière, le 29 décembre 1912, une médaille commémorative de son entrée dans la profession médicale.

Nous nous associons volontiers aux organisateurs de cette manifestation de sympathie pour remercier notre ancien collègue des services qu'il rendit à l'Ecole dentaire de Paris, où il fut professeur à partir de la fondation, en occupant pendant plusieurs années la chaire d'anatomie, dont il fut le premier titulaire.

Société d'orthodontie d'Europe.

Le Congrès annuel de la Société d'orthodontie d'Europe se tiendra à Londres les 11, 12 et 13 mai 1913 (Pentecôte).

Le dimanche 11, conférence scientifique pour les membres et les invités. Les lundi 12 et mardi 13 seront consacrés aux questions scientifiques.

Des invitations ont été adressées aux Sociétés d'orthodontie anglaise, allemande, austro-hongroise et hollandaise.

La lecture de chaque communication ou résumé ne devra pas dépasser un quart d'heure. Chaque communication, avec ou sans résumé, devra être remise au président, M. R. Anéma, six semaines avant le Congrès, c'est-à-dire à Pâques.

Errata.

Page 93, 21e ligne, no de *L'Odontologie* du 30 janvier 1913, lire *Sosson*, au lieu de Simon.

***

Nous avons annoncé dans notre numéro du 15 janvier dernier la création d'une clinique dentaire scolaire à Ettelbruck (Luxembourg). C'est à Esch-sur-Alzette que cette clinique a été créée et notre confrère M. Waldbillig a été placé à la tête de cette clinique par le Conseil municipal de cette ville.

33e ANNÉE. N° 4 28 FÉVRIER 1913 VOL. XLIX

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LE TARTRE ET LES GINGIVITES TARTRIQUES[1]

Par Louis Viau, D. D. S., D. E. D. P.

Chef de clinique à l'École dentaire de Paris.

On donne le nom de tartre dentaire aux concrétions d'aspect pierreux qui s'amassent sur les dents.

Alfred Vergne, dans sa thèse, donne du tartre la définition suivante :

« Dépôt ordinairement blanc jaunâtre se faisant sur les dents et y adhérant fortement ; dépôt de nature phosphato-calcaire, concret, onctueux sur sa face libre, pouvant acquérir une grande dureté. »

Nous adopterons cette définition, en ajoutant toutefois que ces dépôts sont de couleur variable, le plus souvent blanc grisâtre à la partie antérieure des dents, jaune verdâtre et quelquefois brun noir à la partie postérieure, de texture et de dureté également variables.

Connu dès la plus haute antiquité : *Ovide* en parle dans ses métamorphoses. *Plutarque* et *Pline* y font allusion dans leurs œuvres.

Paracelse, le premier, s'occupa sérieusement du tartre ; le premier, il adopta le nom *tartarus*, mais il appelait de ce nom aussi bien les calculs du rein, du foie et toutes les concrétions de l'organisme. Il prétendait que les douleurs provoquées par toutes ces concrétions ne pouvaient être comparées qu'aux souffrances éprouvées par les malheureux qui habitent le *Tartare*.

1. Question de concours pour le poste de chef de clinique.

Fauchard et *Jourdain* étudièrent également ce sujet, mais ils ne signalèrent rien de nouveau. C'est seulement au siècle dernier qu'il fut sérieusement étudié.

En 1817 *Serre*, en 1856 *Claude Bernard* firent des recherches sur le tartre ; ce dernier auteur crut qu'il était le résultat d'une sécrétion du périoste alvéolo-dentaire. Cette théorie fut bientôt démontrée fausse.

Dumas, de l'Académie des sciences, a signalé le premier l'action de la salive sur la formation du tartre ; une partie de ses conclusions furent également reconnues fausses.

Magitot publia un peu plus tard un travail important sur le tartre ; son étude porte principalement sur son origine et sa composition chimique. Il déclare que la salive joue un rôle capital dans sa formation. Selon lui, le tartre formé aux dépens de la salive parotidienne serait presque exclusivement composé de *carbonates de chaux*, tandis que celui qui est formé par les glandes sous-maxillaires et sublinguales contiendrait surtout des *phosphates*.

L'étude de Magitot fut reprise par Vergne, qui ne partage pas son opinion. Son travail traite également la question au point de vue chimique et histologique.

Didsbury fit à son tour une étude approfondie du tartre.

En 1897, *Grimbert*, traitant le sujet à un autre point de vue, isola et cultiva un nouveau bacille décomposant les tartrates de chaux et d'ammoniaque ; il l'appela le *Bacillus tartricus*.

En 1905 parut dans *L'Odontologie* un article de *Kirk*, traduction de *Masson*, sur la formation et l'ablation du tartre sur les racines des dents.

D'après les travaux remarquables de Vergne et de *Ditte*, le tartre serait composé de : Matières organiques, sels alcalins, carbonate de chaux, silice, phosphate de fer, chaux, phosphate de chaux, acide phosphorique.

La quantité de magnésie y est insignifiante. Ce qu'il faut retenir, c'est que le tartre des molaires renferme plus de phosphate et de silice que celui des incisives.

Le tartre des incisives contient plus de matières organiques et de carbonates.

Mais quelle que soit sa composition, nous devons toujours mettre en regard celle de la salive, l'acidité ou l'alcalinité de celle-ci facilitant ou enrayant plus ou moins activement la formation du dépôt tartrique. En effet, suivant celle de ces qualités que possèdera la salive et l'état d'hygiène buccale, toute une colonie de microorganismes va déterminer la formation du tartre et influer sur sa composition, si variable quant à son homogénéité et sa dureté.

En dehors de ce que *Ch. Robin* décrivait sous le nom de granulations calcaires, qui comprennent les différents sels énumérés plus haut, on distingue dans la salive traitée par une solution d'acide chlorhydrique des filaments mycéliens connus sous le nom de *lepthotrix.* Ces filaments, qui dans la cavité buccale ne dépassent guère un centième de millimètre de long, atteignent et dépassent dans le tartre 2 à 3 centièmes de millimètre. On y trouve également des *cellules épithéliales*, des *globules graisseux,* des *leucocytes* et des *microbes.*

Ces microbes, bacilles, mycoses rencontrés dans le tartre se divisent en deux classes : les non-pathogènes et les pathogènes. Parmi les non-pathogènes, nous retrouvons :

Bacillus subtilis, Bacterium termo, Bacillus amylobactes, Vibrio rugula.

Bacille de la pomme de terre, Spirochètes denticola, Microbes chromagènes de *Miller*, les *lepthotrix*, les *spirilles.*

Parmi les pathogènes :

Streptococus pyogenes, Pneumocoque, Bacille encapsulé de Friedlander, les divers staphylocoques, Coli Bacille.

Sous l'action de tous ces éléments et des produits de fermentation par eux déterminés,il se forme des dédoublements, des précipités de sels ferreux, solubles à l'état normal, qui entraînent le tartre.

Le tartre se présente sous deux formes différentes.

1° Enduit d'aspect pierreux, masse concrète plus ou moins épaisse surtout au maxillaire inférieur et en particulier à la face linguale.

2° Enduit visqueux, limoneux, entourant le collet des dents. Il peut passer inaperçu, mais n'en a pas moins les effets funestes du précédent. Il varie en quantité, suivant l'abondance et l'espèce des microorganismes. Plus ces derniers seront nombreux, plus ils pourront déterminer d'actions chimiques capables de précipiter le tartre.

Celui-ci varie de composition suivant la virulence et les causes d'infection ; la coloration varie suivant la quantité et le genre des microbes chromogènes. D'un autre côté, les réactions acides détruisant un grand nombre de microbes, plus la salive sera acide, moins le tartre sera abondant. Dans les affections telles que le diabète, qui favorise aussi le développement du *leptothrix*, affection où la salive est franchement acide, on observe un dépôt tartrique se reformant avec une rapidité extrême, beaucoup plus mou que le tartre alcalin et qui entraîne, malgré les soins les plus constants et les plus minutieux, de la gingivite, du déchaussement et même la chute des dents. D'autre part, cette acidité salivaire peut être due à la décomposition de parcelles alimentaires et de débris épithéliaux et donner, de par sa seule exagération, un précipité tartrique, malgré l'alcalinité habituelle de la salive.

Dans les cas de diathèse arthritique, dans l'*uricémie* telle qu'elle est décrite actuellement, les dépôts tartriques pourront être formés soit de composés uratiques acides, tels que l'urate acide de sodium, de calcium, de magnésium, soit de composés neutres ou alcalins qui sont insolubles.

Dans les cas où à l'influence uricémique s'ajoute une acidité buccale (mauvais soins buccaux, réaction salivaire), les alcalins peuvent se précipiter sous forme de sels neutres. Si l'acidité prédomine, ces précipités neutres deviennent facilement acides. On pourra donc trouver, étant donné l'état bucco-dentaire du sujet, des modifications de compo-

sition et d'aspect du tartre que n'entraînerait pas logiquement son état général.

On sait que la salive dérivant de l'action du *sympathique* est déjà très alcaline, opaque, filante, visqueuse, qu'elle contient des masses gélatiniformes de grosseur variable, des principes solides très abondants et une grande quantité de mucine. Or, les expériences connues de l'exagération de viscosité de cette salive obtenue par la section du sympathique ont fait attribuer par *Kühn, Didsbury* et *Vulpian* l'abondance du tartre à des altérations des filets nerveux se rendant aux glandes salivaires. Il est possible, en effet, que ces lésions nerveuses expliquent en partie les accumulations tartriques mais elles relèvent alors d'autres lésions locales ou générales dans lesquelles l'apparition du tartre n'est qu'un phénomène secondaire.

Avant d'aborder la question des gingivites tartriques nous dirons quelques mots des études remarquables de *Kirk* sur le tartre. Ce dernier se basant sur les travaux de *Brown* en 1870 et de *Black* en 1886, écrit que l'on doit diviser en deux classes bien distinctes les concrétions calcaires qui se déposent sur les dents :

1° Celles qu'on trouve sur les couronnes des dents et autres endroits exposés.

2° Celles de nature toute différente que l'on voit sur les racines des dents.

Ces dernières sont celles que l'on désignait antérieurement sous le nom de tartre sanguin ou de sérum, parce qu'on les croyait non pas dérivées de la salive, mais du sang ou mieux du plasma sanguin.

Brown dit que cet enduit qui se dépose profondément du côté de l'apex de la racine est un précipité d'une sécrétion élaborée par les gencives. *Black* accepte l'origine de ces dépôts, il les nomme *calculs sériques* et sa terminologie ainsi que celle d'*Ingersoll* est acceptée par le monde professionnel.

Des gingivites tartriques.

Causes générales. — Constitution, débilité, troubles généraux plus ou moins compliqués, l'état général compromis, les tissus organiques n'offrent plus la résistance normale aux atteintes morbides ; la réaction naturelle, étant à peine sensible, la gingivite tartrique naît plus facilement et prend plus d'intensité.

Causes locales. — Antisepsie négligée ou nulle de la cavité buccale.

Directement le tartre agit mécaniquement ou infectieusement.

Mécaniquement en s'insinuant entre le bord libre de la gencive et la surface de la dent, décollant la muqueuse et formant un cul-de-sac dont la profondeur s'accroît de plus en plus.

Infectieusement en amenant l'inflammation de la muqueuse par le fait même des fermentations qui en provoquent le dépôt. Bien que nous ne puissions nier l'action mécanique du tartre dans ces manifestations, nous nous arrêterons de préférence à cette action infectieuse. En effet, nous voyons chez certains individus des gingivites très marquées et cependant, si nous examinons la face postérieure des dents antérieures, au maxillaire inférieur, nous trouverons un amas insignifiant ou nul de tartre dur.

Bien mieux, nous verrons que le point de départ de cette gingivite sera à la face antérieure des dents et cela sans qu'il y ait le moindre bloc de tartre dur, mais bien un enduit jaunâtre et visqueux, crémeux même. Dans ces cas, c'est donc bien à l'absence totale d'hygiène, à la septicité du tartre mou et non à son action mécanique que l'on doit cette infection de la gencive. La muqueuse forme alors un bourrelet rouge décollé par cet enduit qui siège au collet. Ce bourrelet peut devenir assez volumineux pour devenir pédiculé et recouvrir une grande partie de la dent.

Traitement.

1° Traitement local et mécanique ;
2° Traitement général.

1° *Traitement local et mécanique.* — Curettage attentif des dents, ainsi que des culs-de-sac formés par le décollement de la gencive et la dénudation de la racine. Si ces dépôts sont très importants, ce curettage se fera en plusieurs séances. *Il est le point capital du traitement.* On se servira pour cette intervention des instruments à nettoyage communs, puis des instruments à curettage profond de Kirk et de Younger. Ce grattage des dents terminé, on ne négligera pas le polissage qui enlèvera toutes les petites aspérités restantes.

Application, suivant la nécessité, de caustiques (chlorure de zinc, acide chromique), de calmants (teinture d'iode et aconit) et de modificateurs du milieu buccal (ferments lactiques).

On recommandera des gargarismes antiseptiques, astringents et émollients ainsi que le massage des gencives qui pourra dans certains cas amener des résultats satisfaisants.

Les nombreux médicaments usités contre la pyorrhée alvéolaire pourront être employés si le sujet à tendance à faire du tartre en abondance ; dans ce cas, en plus du curettage fréquent on aura recours aux applications du fluoram de Kritchewsky et au traitement au bi-fluorure d'ammonium de *Head,* de Philadelphie, ces deux composés étant des dissolvants du tartre.

2° *Traitement général.* — Hygiène générale, combattre la cause première, diathésique. Traitement de l'arthritisme, du diabète, etc. La production abondante du tartre étant très souvent due à un état uricémique, il faudra traiter l'affection buccale en se souvenant de sa cause première.

APPRÉCIATION SUR LA PROFESSION DENTAIRE

Par Horace Fletcher (New-York)
Président de l'Association américaine d'hygiène buccale

(Communication à la F. D. I., Session de Stockholm.)

Je vais me permettre de parler de la dentisterie en homme d'affaires. La statistique montre qu'en Amérique, au moins 90 o/o de la population a besoin du dentiste. Les maladies buccales sont essentiellement des maladies inhérentes à la civilisation, avec sa hâte, sa précipitation et son agitation. Depuis douze ou quinze ans, je suis convaincu, ayant étudié la question du côté pratique, que la bouche est la porte d'entrée de la santé. A l'Ecole militaire de West-Point, 98 o/o des cadets, qui sont la fleur de la jeunesse américaine, arrivent avec des bouches plus ou moins défectueuses. J'ai visité l'école expérimentale de Cleveland, où M. Ebersole démontre que les enfants sont améliorés de 25 à 50 o/o, au point de vue intellectuel et moral, après un traitement dentaire, et des indications sur la mastication complète. On peut réunir, dans tous les pays, des preuves nombreuses montrant qu'une forte proportion de l'humanité est dans un état plus ou moins satisfaisant, quant à la bouche. C'est à la fois une cause et un effet, parce que la mastication et l'insalivation insuffisantes amènent une digestion insuffisante et toute une série de maladies provenant de la mauvaise nutrition. Il n'est donc pas exagéré de dire que le dentiste compétent est l'homme du moment en matière de médecine préventive. Les frères Forsyth, de Boston, ont donné dix millions, et donneront plus, si c'est nécessaire, pour fonder un dispensaire dentaire pour les enfants de 6 à 16 ans et pour mener une campagne complète en faveur de l'hygiène buccale. C'est la manière d'apprécier la science dentaire d'un homme qui est dans les affaires.

Mon observation personnelle a encore grandi pour moi la valeur de cette science. Il y a 15 ans, ma santé était affaiblie

par suite d'une mauvaise nutrition. A cette époque j'ai pu me retirer et j'ai pensé que ce qui était le plus important était de rétablir ma santé, car les compagnies d'assurances avaient refusé de m'assurer sur la vie, refus parfaitement justifié. Je me mis à étudier la question et constatai que les traités ne consacraient que quelques paragraphes aux 75 premiers millimètres du tube digestif et des milliers de pages au reste. Les médecins qui en sont les auteurs ont simplement fait un saut du vestibule du sujet dans l'inconnu.

J'ai étudié la question et montré dans mes ouvrages, que si la population prenait garde au rôle de la salive et faisait attention au traitement des aliments dans les 75 premiers millimètres du tube digestif, les maladies auxquelles elle est condamnée disparaîtraient.

En trois mois, je me suis mieux porté que pendant 20 ans, et, au 50e anniversaire, de ma naissance, j'ai parcouru plus de 36 kilomètres à bicyclette. Il y a treize ans de cela, et, depuis lors, ma santé s'est constamment améliorée, de sorte que je me porte mieux à 63 ans qu'à 50, et je ne suis pas encore arrivé au maximum de récupération. J'ai sans doute eu plus que quiconque de dentistes s'occupant de ma bouche. Dans mes voyages à travers le monde, plus de 50 dentistes m'ont donné leurs soins et je considère autant comme un devoir de faire de fréquentes visites à un dentiste compétent que de prendre de la nourriture.

Je pense que c'est la mission de ce qu'on appelle en Amérique le *fletchérisme* de préconiser l'hygiène ou la propreté de la bouche autant qu'une mastication convenable, après que la bouche a été nettoyée. De même qu'une fabrique a besoin d'un atelier de réparation pour ses outils, il faut un atelier pour les bouches des travailleurs, et j'ai démontré devant de grands industriels que cela est un placement avantageux. Si j'étais chargé de soigner les concurrents des jeux olympiques, le traitement dentaire passerait avant tout.

Lors de la réunion de l'Association dentaire nationale des Etats-Unis, j'ai été élu président de l'Association

d'hygiène buccale, qui a un comité exécutif composé de dentistes. Je pars ce soir pour assister à la première réunion annuelle et j'espère contribuer à préconiser l'hygiène buccale comme une mesure de médecine préventive.

Dans les rapports que j'ai eus avec les dentistes, j'ai constaté que c'est une corporation très désintéressée, car j'en connais, dont le temps vaut de 60 à 100 francs l'heure, qui consacrent une journée ou une demi-journée par semaine à soigner les pauvres dans les dispensaires dentaires. Quoique la profession ne soit pas bien rémunérée, cela montre chez elle des qualités supérieures. Aussi, si j'en ai le temps et la force, je me suis promis d'en être le conseiller, et j'exprime pour cela au monde la haute estime dans laquelle je tiens la dentisterie.

REVUE DES REVUES

LA BARRE TRANSVERSALE DE SOUTIEN POUR BRIDGES AU POINT DE VUE DES PRESSIONS S'EXERÇANT DANS LA BOUCHE

Par Otto Riechelmann, de Strasbourg.

(Suite et fin.)

Si maintenant nous examinons dans quelle mesure se produit la répartition de l'apport d'énergie mécanique agissant sur A C, si la barre de soutien va de E en F, et quel est le point de la pièce prothétique débordante qui donne le meilleur support par l'insertion de la barre, les considérations mécaniques suivantes interviennent. La somme des diverses forces qui pèsent sur chaque dent agit comme pression sur A C et cette pression va en croissant des incisives aux dents de sagesse, de sorte qu'elle est double sur la dent de sagesse comme sur l'incisive. Si nous parvenons à tirer de cette somme la force moyenne P et le point X où cette force agit, une barre débouchant à cet endroit transmettra toute la force reposant sur A C de l'autre côté et il ne restera en C que la pression normale qui s'exerce sur lui, en supposant que la barre soit assez forte et ne se courbe pas à la pression. Je considère la barre plate ovale que j'ai imaginée pour le maxillaire supérieur, ainsi que ma barre ovale pour le maxillaire inférieur, comme suffisamment fortes et rigides pour cela, d'autant qu'un placage d'or à 18 karats avec du platine iridié donne une solidité suffisante. S'il n'en était pas ainsi, il serait aisé de la renforcer. Il n'y a pas de barre absolument rigide. Ainsi une barre qui débouche au point d'action de la force moyenne transmet, de l'autre côté, toute la force de la mastication latérale parce que là s'exerce la somme des diverses pressions.

Mais nous pouvons maintenant calculer cette force moyenne et son point d'action, tandis que jusque-là nous devions nous contenter d'hypothèses. Avec le gnathodynamomètre d'Eckermann on peut mesurer pour chaque cas la pression incisive ou la connaître au moyen de tables de comparaison et nous pouvons en tirer les diverses forces agissant sur chaque dent, comme je vais le montrer pour le maxillaire supérieur.

Si P représente la force moyenne égale à la somme des diverses forces, on aura :

$$P = P_1 + P_2 + P_3 + P_4$$

Si X est le bras de levier sur lequel P agit, si X_1, X_2, X_3, X_4 sont les bras de levier des forces précédentes on a

$$P X = P_1 X_1 + P_2 X_2 + P_3 X_3 + P_4 X_4$$

$$X = \frac{P_1 X_1 + P_2 X_2 + P_3 X_3 + P_4 X_4}{P}$$

P_1, P_2, P_3, P_4, étant connus ou pouvant se calculer, P, leur somme, est connu aussi. On calcule X_1, X_2, X_3, X_4 en mesurant les projections de P_1, P_2, P_3, P_4. Si nous attribuons des valeurs à ces quantités, en supposant arbitrairement que la pression s'exerçant sur C soit de 20 kil., et s'élève jusqu'à 40 kil en A, nous aurons :

$$P_0 = 20 ; P_1 = 25 ; P_2 = 30 ; P_3 = 35 ; P_4 = 40 \text{ kil.}$$

$$\text{Donc } P = 130 \text{ kil.}$$

$$X = 3, 4 ; X_2 = C, 8 ; X_3 = 10, 2 ; X_4 = 13, 7 \text{ mm.}$$

$$X = \frac{850 + 2040 + 3570 + 5480}{130} = 92$$

X serait donc à 92 mm. de la ligne de projection sur C. Le point d'action de la force moyenne sur la partie de la pièce émergeant librement est donc au point où la verticale menée sur X rencontre cette pièce.

Tous les points situés devant ou derrière X agiront d'une façon désavantageuse. Les premiers, en dehors de la faible transmission de force sur le côté support, exerceront sur C vers le dehors une action de levier d'autant plus forte que le point où débouche X se rapproche davantage de C, c'est-à-dire que si ce point est tel que la partie libre de la pièce représente le grand bras de levier, en outre du mouvement de rotation un peu rétréci, il se produit un soulèvement de C avec le point de levier en E. Si E coïncide avec C, comme dans Rumpel-Robinson, il n'y a plus de support, toute la charge s'exerce comme force rotative sur C et D. Plus le point E se rapproche de la force moyenne, plus la force de rotation et l'action de levier sur C vers le dehors sont faibles, et dès que E dépasse le point de la force moyenne, l'action de levier vers le dehors cesse complètement, tandis que la force rotative autour de C augmente. Si E coïncide avec A, l'action de levier sur C vers le dehors disparaît ; par contre, l'action rotative sur C augmente un peu, c'est-à-dire d'autant qu'il y a moins de force transmise sur l'autre côté par comparaison avec la force moyenne.

Si nous voulons soutenir un fort support métallique, qui repose sur une extrémité, il faut pour cela la force minima, si nous le soutenons sous l'autre extrémité, que le support ait ou non à porter un poids. En d'autres termes il y a transmission minima de force sur les points d'appui, si ces points sont aux deux extrémités du support.

Appliquant ces lois mécaniques à la bouche, comme la charge

sur la partie libre de la pièce est transmise complètement alors au côté de soutien,lorsque la barre de soutien est au point d'action de la force moyenne, nous placerons cette barre en ce point, si les forces de soutien sur le côté opposé sont assez fortes pour supporter la surcharge par tout l'autre côté sans dommage. Il en sera de même lorsque C, le seul support du côté à soutenir, est assez faible pour ne pas supporter un excès de pression. Si C est particulièrement fort et peut supporter cet excès, tandis que les soutiens de l'autre côté sont relativement faibles, nous ferons, autant que possible, coïncider E avec A. De la sorte, seule, la plus grosse partie de la force est transmise par la barre de soutien à l'autre côté, tandis que la partie restante agit sur C comme force de rotation. Par une position appropriée de la barre on peut ainsi répartir à son gré la force de la pression de mastication latérale et, suivant le cas, et après examen de la solidité relative des piliers et des autres soutiens, disposer la barre de soutien.

Je considère ces lois comme fondamentales pour la construction des ponts avec barre de soutien et crois que le succès dépend de leur juste application. Sur le côté soutien nous ferons aussi déboucher la barre au point d'action de la force moyenne qui y agit, et nous pouvons là aussi, suivant le besoin répartir l'action de la force.

Il en est de même au maxillaire inférieur,comme on le verra dans le cas suivant, avec cette différence que la barre ne peut être menée dans la jonction directe EF, à cause de l'anatomie, et doit suivre la direction de ce maxillaire en raison de la présence de la langue. En outre il ne faut pas se poser sur la muqueuse et il faut s'en écarter de 1 mm. au moins partout, en assurant un écart suffisant des ligaments de la langue (fig. 11 et 12).

Au maxillaire inférieur il reste encore $\overline{3\ 2\ 1 | 1\ 2\ 3}$ et les racines de $\overline{4 | 4\ 7}$, $\overline{4 | 4}$ reçoivent des coiffes Richmond surélevées avec douilles et pivots à ressorts parallèles $\overline{|7}$ une couronne complète avec crampon à selle l'entourant. La barre de soutien va de $\overline{|6}$ vers $\overline{6|}$.

Les points C D B correspondraient à $\overline{4 | 4\ 7}$, E F correspond à ma barre de soutien et C D à la barre de Rumpel-Robinson. D B est assez fort pour compenser la pression pesant sur eux et sur la pièce intermédiaire. Le levier A C, sans jonction à partir de C, devrait ébranler C en peu de temps à cause de la méconnaissance du levier et du soutien.

Supposons ici aussi que C D soit une jonction rigide, nous aurons, en chargeant le bras du levier A C par la composante latérale de la pression de mastication, un effet de pression concomitant direct sur C et D. Avec la barre de Rumpel et avec la mienne, l'action de cette barre correspondra toujours à la jonction directe du point où débouche la barre dans la pièce de prothèse, malgré l'arc ou le détour

que la barre doit faire pour éviter la langue, et il faut admettre qu'une longue barre, à cause de sa plus grande flexibilité, agira plus défavorablement qu'une barre courte de même force. Mais on remédie à cet inconvénient en renforçant la barre.

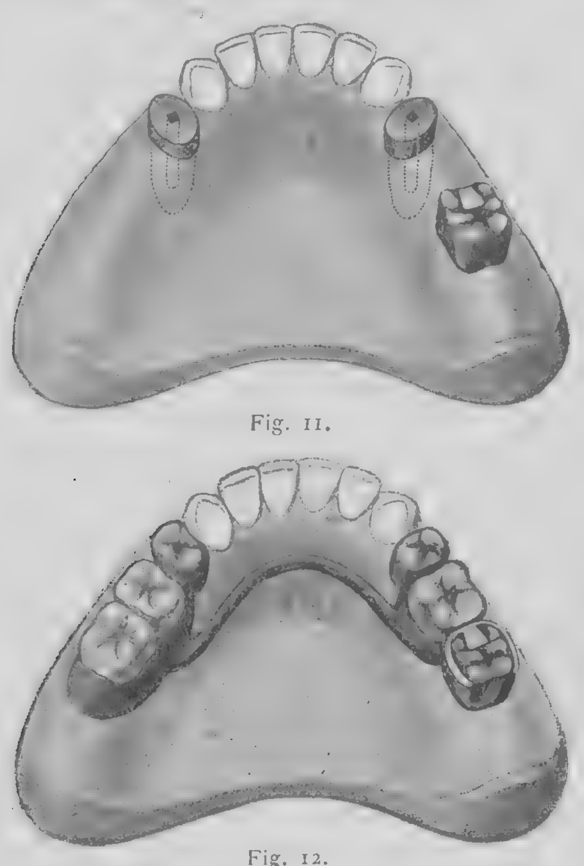


Fig. 11.

Fig. 12.

Soient ici P la force moyenne, X son levier ; le point E de la barre de soutien débouche en X ; la barre de soutien E F agira comme dans le maxillaire supérieur ; l'énergie mécanique que P exerce sur A C sera transmise en E sur l'autre côté.

Les forces de soutien sont : 1° la solidité relative de D et B ; 2° la force de soutien du maxillaire par la pose de la selle ; 3° en cas d'articulation exacte la pression du maxillaire opposé dans l'axe vertical vers la composante latérale de la pression de mastication, tandis qu'au maxillaire inférieur le soutien par la pose de la barre fait défaut. Les conditions sont donc les mêmes dans le maxillaire inférieur que dans le maxillaire supérieur ; il en est de même

pour la situation de la barre, et je crois avoir démontré que dans les cas donnés la position de la barre d'après mes indications est plus exacte que d'après Rumpel-Robinson. Il en résulte qu'on obtient le meilleur effet de soutien de la barre en faisant déboucher celle-ci du point d'action de la force moyenne dans la partie de la pièce qui fait saillie. On obtient un effet soutien uniforme si l'on fait déboucher la barre derrière le point d'action de la force moyenne ; il faut donc placer en conséquence la barre dans le cas suivant, qui s'applique aussi bien au maxillaire inférieur qu'au maxillaire supérieur.

Admettons qu'il reste encore $\overline{3\ 2\ 1 \mid 1\ 2\ 3}$ et les racines $\overline{7 \mid 4\ 7}$. Pour un motif quelconque il nous faut renoncer à nous servir de $\overline{3|}$ pour le pont, alors $\overline{|4}$ recevra une coiffe Richmond surélevée avec cheville à ressort, $\overline{7 \mid 7}$ recevront trois quarts de couronnes, dans lesquelles sont fixées, aux faces triturantes massives, des chevilles à ressort parallèlement à 4. $\overline{|5\ 6}$ reposent sur une selle massive, reliée à $\overline{|4\ 7}$; $\overline{6\ 5\ 4|}$ reposent de même sur une selle semblable, réunie au couvercle de $\overline{7|}$, tandis que $\overline{|4}$ n'a de point de contact qu'avec 3.

Le point d'action de la force moyenne se calcule ici aussi à partir de A comme point de rotation.

$$P = P_3 + P_2 + P_4 + P_0$$

$$P X = P_3 X_4 + P_2 X_2 + P, X_3 + P_0 X_4$$

$$X = \frac{P_3 X_4 + P_2 X_2 + P_4 X_3 + P_0 X_4}{P}$$

Comme ici le point rotatif fixe A est au moins deux fois aussi fort que C et peut supporter une charge plus forte dans la plupart des cas, la barre doit déboucher avant X, plus près de C., parce que dans le maxillaire inférieur la position de la barre est plus commode et $\overline{7|}$ reçoit une surcharge. C'est seulement quand A est faible qu'il faut prendre X comme débouché de la tige (fig. 13 et 14).

Le cas ci-après, dans lequel j'ai, pour la première fois employé la barre dans le maxillaire inférieur et que j'ai pu contrôler seulement ces jours-ci est intéressant. Au maxillaire inférieur étaient $\underline{3\ 2\ 1 \mid 1\ 2\ 3\ 4\ 5\ 6\ 7\ 8}$ et les racines de $\overline{|5\ 4}$. Comme celles-ci étaient fortes, je mis à $\overline{5\ 4|}$ des coiffes Richmond surélevées avec douilles parallèles et faces triturantes massives avec chevilles à ressort parallèles, auxquelles $\overline{7\ 6|}$ étaient solidement fixées en reposant largement dans la selle. Comme j'avais des doutes sur la solidité de $\overline{5\ 4|}$ à l'égard de la pression de mastication latérale, je contrôlai le pont dans l'intervalle et constatai qu'au bout de 3 mois $\overline{5\ 4|}$ étaient fortement ébranlées. Je mis donc une coiffe Richmond à $\overline{|4}$, qui était fortement obturée. Je réunis la face triturante massive, qui portait une cheville à ressort parallèle à $\overline{5\ 4|}$ à l'aide

de ma barre avec la pièce de prothèse faisant saillie, en faisant déboucher la tige en 7|. Au bout de peu de temps 5 4| s'étaient consolidées fortement et ce pont fonctionne maintenant à la perfection depuis 3 ans 1/2

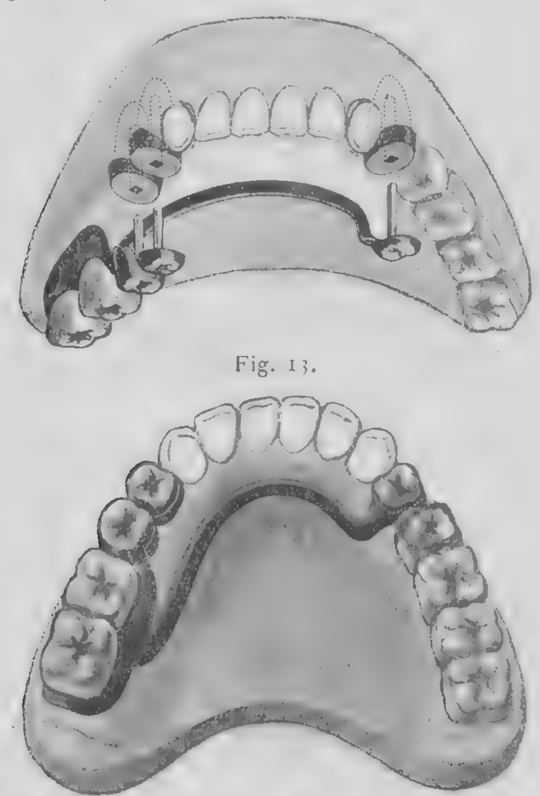


Fig. 13.

Fig. 14.

Il y a naturellement une grande quantité de cas dans lesquels l'emploi de la barre de soutien avec trois piliers peut donner d'excellents résultats ; mais il ne faut pas lui demander plus qu'elle ne peut donner.

On peut dire avec passablement de certitude que les résultats seront bons si nous disposons de trois points d'appui solides répartis sur les deux côtés des maxillaires et si nous plaçons la barre de façon qu'elle débouche au point central de la force ou le plus loin possible du 3e point d'appui dans la partie du pont en saillie. On peut aussi employer ces ponts avec barre de soutien pour les dents ébranlées par la pyorrhée et, si le processus destructif n'est pas trop avancé, les piliers fortement ébranlés antérieurement deviennent plus solides qu'ils ne l'ont été pendant des années. Cette cons-

tatation confirme notre théorie de la nature de la pyorrhée, d'après laquelle il y avait primitivement une surcharge des dents dans le parallélogramme des forces qui n'a provoqué que secondairement le tableau bien connu de la pyorrhée : dépôt de tartre, suppuration des gencives et rebroussement épithélial des tissus. Il est intéressant d'établir rétroactivement cette corrélation entre la surcharge et la pyorrhée et d'amener la guérison de la pyorrhée en déchargeant les parties surchargées.

Si, en outre de la barre de soutien, on examine les autres forces de soutien, on trouve comme principal moyen de soutien le support du maxillaire par des selles apposées ; mais on ne peut calculer l'action de ses forces. L'expérience nous apprend seulement qu'elles donnent de bons résultats dans des cas très défavorables (fig. 15 et 16).

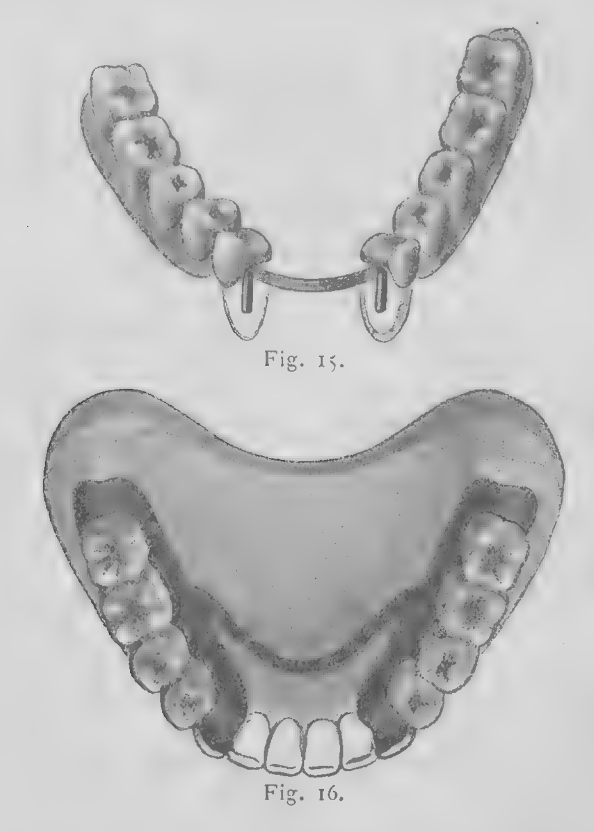


Fig. 15.

Fig. 16.

Supposons qu'il reste au maxillaire encore 2 1 | 1 2 et les racines de 3 | 3. Celles-ci reçoivent des coiffes Richmond avec chevilles à ressort parallèles ; les selles du pont de 7—4| et de |4—7 sont coulées et rattachées par une barre de soutien allant de 6|

à |6. Comme les forces de soutien de l'autre côté sont faibles, nous nous efforcerons d'annuler la force de rotation sur 3| et |3 par la pose de la barre des deux côtés au point d'action de la force médiane. Nous ne pourrons l'annuler complètement parce que les forces de soutien ne sont pas suffisantes. Cependant l'expérience montre que, malgré que les résultats soient bons, il faut les attendre longtemps. Les forces de soutien agissantes sont : 1° l'extension des selles, le support du maxillaire, 2° en cas d'articulation exacte, la pression du maxillaire opposé dans l'axe vertical. Si la composante latérale de la pression de mastication agit sur un côté, la pression se transmettra sur l'autre avant que 3|3 soient chargées. S'il y a sur l'autre côté une fixation de la pièce de prothèse faisant saillie par la pression verticale sur le maxillaire, celui-ci peut servir de deuxième point d'appui dans une certaine mesure. Il ne faut pas nous représenter la pression de mastication comme n'agissant que dans un sens, quoique je l'aie traitée exclusivement jusqu'ici, parce qu'elle est nuisible, mais bien comme une conséquence de la pression dans les divers sens et que la pression latérale et la pression verticale peuvent s'exercer aussi bien simultanément que successivement. Il en sera de même

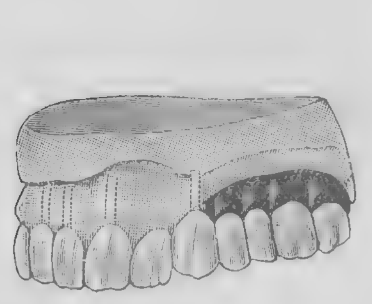




Fig. 17.

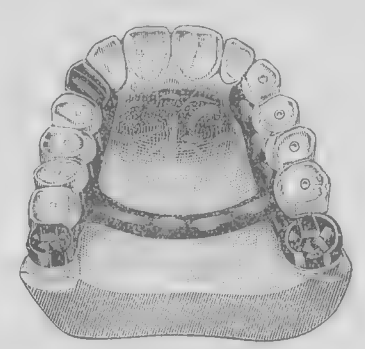


Fig. 18.

réciproquement sur un côté quand l'autre sera surchargé. Le pont indiqué est porté depuis 3 ans sans que j'aie remarqué le moindre effet nuisible sur 3|3, preuve que même dans ces cas défavorables le résultat de la barre de soutien est bon ; malheureusement le patient est mort depuis peu (fig. 17 et 18). Un cas semblable au maxillaire supérieur se présente avec le même succès depuis un an et demi. Ici aussi la position est analogue à celle du cas précédent.

Voici un cas limité de possibilité d'un pont, qui dure depuis 9 mois sans que les piliers présentent la moindre trace de surcharge et sans que la pression latérale de la mastication ait un

effet nuisible. Il existe encore 8 1 | 1, 1 | 1 sont fortement inclinées en avant par des dents à pivot antérieures. Dans le voisinage de | 6 se trouve, par suite d'une périostite et d'une extraction antérieures, une forte exostose dont je me suis servi aussi comme soutien, parce que les trois piliers me donnaient des inquiétudes sur leur solidité pour un pont entier du maxillaire supérieur, 1 | 1 ont reçu des coiffes Richmond avec des chevilles à ressort ; 8 |, 3/4 de couronne avec face masticante massive et une cheville à ressort parallèle à 1 | 1, tandis que l'exostose contribuait à servir de point d'appui parce que je plaçai buccalement une barre mobile à | 7

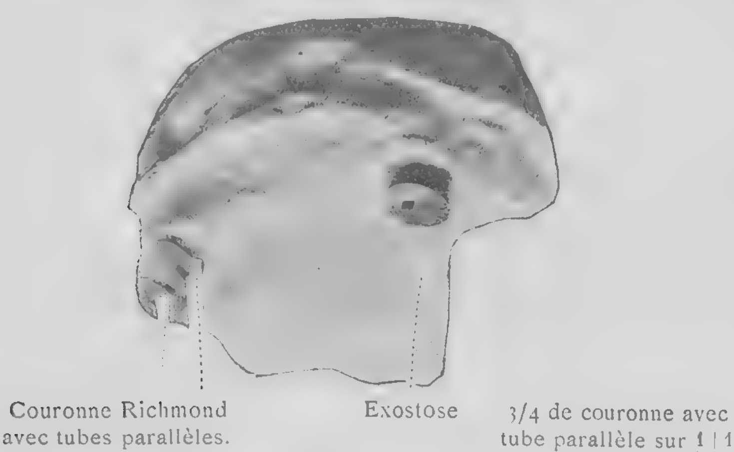


Fig. 19.

dans l'articulation, barre qui s'adaptait à l'exostose et qui fut fixée en 3 | au moyen d'une fermeture à ressort comme dans un médaillon. L'appui ainsi obtenu était très sérieux et pouvait équivaloir à un 2e point d'appui fixe de ce côté du maxillaire. C'est pour cela que la barre de soutien n'est pas placée ici au point d'action de la force moyenne, mais débouche à l'extrémité libre de la pièce de prothèse parce que, comme le côté de soutien n'est pas particulièrement fort, il ne pourrait supporter un excès de pression et, d'autre part, la barre mobile peut servir de 2e point fixe du côté. Voyons l'action de la pression dans l'axe vertical.

On sait que toute pièce de prothèse s'enfonce dans le tissu avec le temps : on le remarque pour des dentiers complets du maxillaire supérieur et du maxillaire inférieur, et surtout dans les ponts suspendus fixes ou amovibles. La raison en est dans la surcharge qui provoque un enfoncement des racines dans le maxillaire et une pression du tégument du maxillaire par les selles. Nous ignorons les changements que subissent à cet égard le maxillaire, le périodonte, le tégument du maxillaire, etc. ; cependant il serait

intéressant de les connaître par des expériences sur les animaux, parce qu'ils intéressent la prothèse et l'orthodontie.

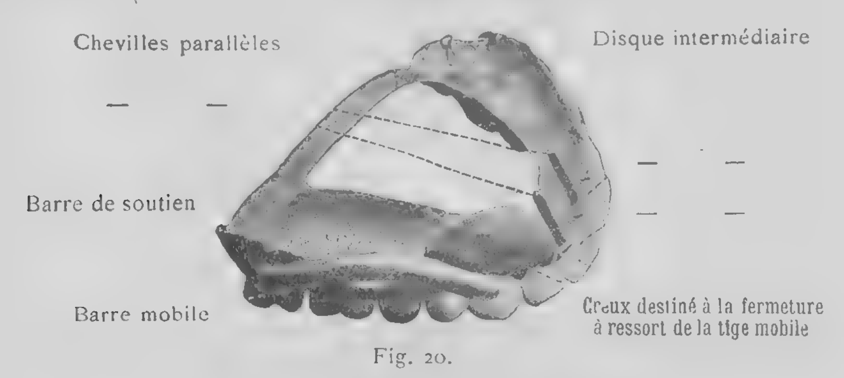


Fig. 20.

Dans ce pont aussi j'ai pu constater, au bout de trois mois, que l'articulation marquée auparavant des molaires et prémolaires avait tellement cédé qu'il s'était produit un intervalle de 1 centim. tandis que sur 1|1, qui n'avaient pas été atteintes auparavant par l'articulation, on constatait une forte entaille dans l'or. Cela s'explique ainsi : en outre du pont au maxillaire supérieur un autre était porté au maxillaire inférieur par 7 4| et |3 7, l'ancrage se faisait en chevilles à ressort parallèles en 4|3 4|, les piliers postérieurs manquaient des deux côtés et la barre de soutien était placée de 6| vers |6. Si les dents du maxillaire inférieur avaient

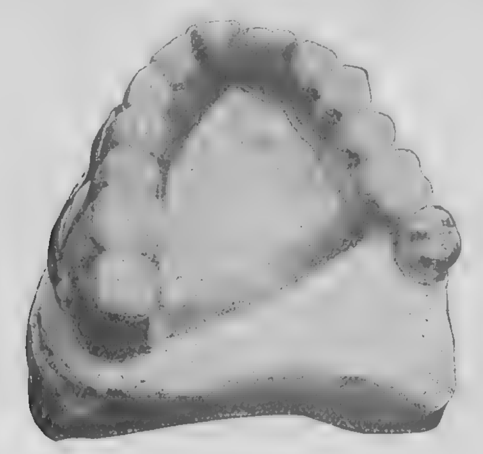


Fig. 21.
Vue intérieure du pont placé.

existé elles auraient égalisé les différences d'enfoncement du pont supérieur avec le temps par leur propre déplacement

dans le parallélogramme des forces vers le haut. Je pus dans ce cas rendre l'articulation normale en limant les incisives inférieures et je crois qu'il n'y aura plus d'enfoncement. Depuis dans ces cas, suivant la force de la pression et la solidité des téguments du maxillaire, j'ai placé des disques intermédiaires d'épaisseurs diverses de 0,1 à 0,3 mm. sur les coiffes de Richmond ou sur les 3/4 de couronne et sur le modèle je plaçais le pont tout prêt sur les disques intermédiaires. Lors de l'essayage et de la pose du pont les



Fig. 22.
Vue latérale du pont placé.

disques furent laissés, mais ils furent enlevés la première fois que le pont fut retiré. Le pont peut ainsi tomber plus profondément (de l'épaisseur des disques enlevés) sur les piliers et s'enfoncer dans le tégument du maxillaire. Les résultats ainsi obtenus sont si favorables que j'emploierai toujours les disques dans les cas de ce genre. On évite ainsi qu'un pont — en prenant le dernier exemple — puisse chevaucher sur $\underline{1|1}$, lorsque l'enfoncement dans le maxillaire se produit.

On voit par là la grande supériorité de mon pont sur les autres méthodes. Le principe fondamental de mes ponts à selle amovible consiste à convertir tous les piliers de pont en un système parallèle au moyen de chevilles à ressort dans des tubes parallèles d'après lesquels s'établit toute la construction du pont. En outre de la grande stabilité de ces ponts, de la possibilité du nettoyage par le patient, de la facilité de la mise et de l'enlèvement sans tension latérale des piliers, j'obtiens par ces disques intermédiaires la suppression complète de l'action nuisible de la pression de mastication verticale, en annulant dans la mesure du possible, après la pose de

ma barre de soutien, l'effet nuisible de cette pression latérale. Aucune autre méthode de pont à selle amovible (fixation à vis, targette transversale ou autre) ne peut empêcher l'effet nuisible de la pression de mastication verticale sur les ponts. Tant qu'on ne trouvera rien de meilleur, je considérerai donc ma méthode de ponts à selle à chevilles à ressort comme la meilleure de toutes celles qui existent.

Un autre effet nuisible peut être exercé par la composante verticale de la pression de mastication des dents qui portent des crampons à selle si l'on n'a pas soin d'entourer complètement la dent avec ce crampon pour éviter que celle-ci ne s'échappe.

Admettons qu'un pilier postérieur libre d'une pièce ou d'un pont porte mésialement un crampon à selle dont les bras n'arrivent qu'à la moitié de la dent, ou seulement une selle sans crampons, un coup d'œil sur les dessins de Godon relatifs à l'équilibre du parallélogramme des forces suffit pour voir que la surcharge d'un côté par la selle doit provoquer un pointage en avant et l'écartement nuisible de la dent, parce que la selle agit comme un plan incliné sur la surface inclinée en avant. Nous pouvons empêcher cela si nous entourons la dent ou la couronne de trois côtés par des crampons.

En résumé, je puis poser les principes suivants :

1° Il est absolument nécessaire d'établir sur des bases scientifiques nos connaissances empiriques en matière de construction des ponts, de charge et de soutien ;

2° Il est nécessaire pour cela de déterminer par des chiffres, au moyen d'expériences, la solidité relative des dents et des surfaces qui leur sont opposées dans le maxillaire.

Ce n'est qu'après cela que nous serons en état de confectionner des pièces et des ponts irréprochables quant à la pression de mastication. Mais dès aujourd'hui la barre transversale de soutien nous permet d'étendre démesurément la construction des ponts, et c'est à cela qu'est destinée la pose de cette barre au moyen des lois que j'ai découvertes.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Session de Stockholm, aout 1912.

(*Suite.*)

Le Conseil exécutif approuve la recommandation à adresser aux Comités nationaux de demander aux autorités scolaires de publier tous les six mois la statistique de l'hygiène dentaire suivant le plan général de Strasbourg avec les modifications jugées nécessaires dans chaque pays.

Le Conseil examine ensuite le vœu que la F. D. I. soit officiellement reconnue par les Gouvernements des divers Etats.

Le président considère cette reconnaissance comme avantageuse et pense que le meilleur moyen de l'obtenir c'est de faire une œuvre utile qui soit bien connue.

M. Van der Hœven pense que, quand la F. D. I. fait des recommandations aux Gouvernements, la reconnaissance officielle lui serait d'un grand secours.

M. Schäffer-Stückert rappelle qu'avant le Congrès dentaire international de 1909 la F. D. I. n'avait pas eu de représentants officiels à ses sessions, mais il espère en voir de tous les pays au Congrès de 1914.

M. Rosenthal est d'avis que chaque Comité national envoie le compte rendu de la F. D. I. à son Gouvernement.

M. Roy estime qu'on doit s'efforcer d'obtenir l'envoi de délégués des Gouvernements à la session de la F. D. I.

M. Guy partage l'opinion de M. Rosenthal, mais considère que, la F. D. I. établissant graduellement des relations avec les Gouvernements des pays dans lesquels elle s'est réunie, on pourrait en outre demander aux Comités nationaux de faire leur possible pour entrer en rapports avec les Ministres et les Gouvernements et pour les amener à reconnaître officiellement leurs réunions.

Sur la proposition de *M. Roy*, appuyée par *M. Rosenthal*, il est décidé d'adresser les comptes rendus aux Gouvernements et d'inviter les membres à obtenir de leurs pays une délégation officielle à la F. D. I.

Il est donné lecture d'une lettre en espagnol de M. Rojo, de Mexico, annonçant la formation d'un comité national mexicain permanent rattaché à la F. D. I., envoyant son salut confraternel et s'excusant, à cause de la distance, de ne pas assister à la session.

Comptes.

Les vérificateurs déclarent que les comptes sont en règle. Ils proposent l'impression d'un bilan qui serait envoyé avec le programme de la session aux membres du Conseil exécutif.

M. Roy, vérificateur, propose d'adresser des remercîments à M. Rosenthal, trésorier, qui à la générosité de supporter les frais de change des chèques des divers pays.

M. Harrison, vérificateur, appuie la proposition et ajoute que les comptes sont très clairs et fort bien tenus.

Les comptes sont approuvés.

Fonds du prix Miller.

M. Aguilar présente les comptes et dit que les revenus sont de 2.500 à 3.750 francs par an. Le Comité pense pouvoir attribuer tous les deux ans un prix de 5.000 francs. Suivant les décisions prises, le Comité a complété son règlement ; il a examiné les recommandations de MM. Walkhoff et Kirk, qu'il comparera aux conditions du prix Nobel. Ce règlement sera imprimé en anglais, en français et en allemand et sera soumis au Conseil l'an prochain.

Le président dit que le Conseil est reconnaissant à MM. Aguilar et Brophy de leur rapport. Il pense que le fonds de 63.000 francs sera encore augmenté à la suite du prochain voyage de M. Aguilar en Amérique.

Sur la proposition de *M. Rosenthal*, appuyé par M. Roy, des remercîments sont adressés à M. Aguilar pour ses services comme secrétaire du Comité du prix Miller.

M. Roy propose que la médaille et le diplôme Miller soient remis solennellement à l'ouverture de la session de la F. D. I. qui suivra l'attribution de ce prix.

M. Guerini dit que, d'après les statistiques, les dentistes ont une vie courte ; il trouve qu'un prix tous les deux ans n'est pas suffisant ; il faudrait un prix annuel, comme le prix Nobel.

Le président répond que le règlement ne peut être modifié avant le prochain Congrès.

Lieu de réunion en 1913.

Le président dit qu'il a promis à M. Brophy, obligé de partir pour assister à une réunion à Washington, de présenter au Conseil l'invitation de l'Association dentaire nationale américaine.

M. Aguilar déclare être autorisé par ses confrères à inviter la F. D. I. à se réunir en Espagne. Il ajoute qu'il a promis à M. Brophy de voter pour la session en Amérique.

M. Rosenthal propose l'Amérique, car cela a tacitement été accepté à Londres en 1911.

M. Schäffer-Stückert propose La Haye pour 1913 et l'Amérique pour 1915.

M. Van der Hœven promet de faire tout son possible pour le succès de la session en Hollande, mais estime difficile de repousser une deuxième invitation d'Amérique.

M. Dieck fait observer que l'Amérique compte 40.000 dentistes et que depuis le Congrès de Berlin les relations de la F. D. I. avec ce pays sont devenues très bonnes. Il est d'avis d'accepter l'invitation américaine.

M. Guy considère la discussion comme importante en raison de la réunion du prochain Congrès dentaire international à Londres en 1914, qui donnera lieu à un travail considérable, travail qui sera la partie la plus importante de la tâche de la F. D. I. Si l'on va en Amérique il se peut qu'un très petit nombre de représentants anglais s'y rendent. Il est donc d'avis d'accepter l'invitation pour l'Espagne.

M. Walkhoff propose de tenir une session spéciale pour compléter les dispositions six mois avant le Congrès de 1914 à Londres.

Le président répond que ce serait trop tard.

M. Roy est d'avis d'envisager les intérêts supérieurs de la F. D. I. Ce serait grave si les Américains s'abstenaient de prendre part au prochain Congrès.

Le président regrette d'introduire une considération personnelle, mais ni lui, ni M. Schäffer-Stückert ni M. Guy ne pourraient se rendre en Amérique et il craint qu'un petit nombre de membres de la F. D. I. ne s'y rendent. Dans ces conditions l'Amérique serait-elle plus désappointée de recevoir un petit nombre de membres de la F. D. I. que de voir refuser son invitation jusqu'après le Congrès de Londres ?

Il est procédé au scrutin : 9 voix pour l'Amérique, 3 pour la Hollande, 2 pour l'Espagne.

M. Aguilar propose que la F. D. I. tienne sa session aux Etats-Unis lors de la réunion de l'Association dentaire nationale.

Le président répond que le Conseil peut arranger la chose. Il résulte des observations faites que des membres sont favorables à une réunion sur la côte de l'Atlantique pendant le mois d'août. Comme M. Aguilar va à Washington pour assister à la réunion de cette Association, il le priera d'expliquer la situation à ses confrères américains.

M. Leche propose des remercîments au président. *Adopté avec applaudissements.*

Réception royale.

Le Roi de Suède a reçu en audience spéciale au palais à 2 h. 30, le mercredi 28, les membres suivants de la F. D. I. : le président, MM. Forberg, Walkhoff, Schäffer-Stückert, Rosenthal, Jessen, Cunningham, Brophy, Aguilar, Guy, Roy, Lenhardtson.

Il s'est entretenu avec chacun et a souhaité grand succès à la réunion.

Banquet.

Le banquet a eu lieu le 28, dans la belle salle à manger de Hasselbacken, lieu de plaisir élégant de Stockholm, avec grand succès, sous la présidence de M. Paterson, assisté de M. Hultgren, président de la société dentaire suédoise, Forberg, Sonnberg et Dahlen, président de la F. D. N. suédoise.

Après un toast au roi, M. Forberg communiqua un message de celui-ci, assurant les membres de la F. D. I. de son grand intérêt pour les travaux et les buts qu'elle poursuit. Il est heureux d'être le protecteur de la Commission d'hygiène et envoie ses compliments et ses souhaits pour le succès de la session.

M. Schäffer-Stückert porte le toast aux confrères suédois

M. Hultgren y répond en portant un toast à la F. D. I.

M. Aguilar porte un toast aux sociétés suédoises.

M. Guy (Edimbourg) porte un toast au lauréat du prix Miller. Il ne pense pas qu'un honneur plus grand que l'attribution du prix Miller puisse être fait à un membre de la profession. Beaucoup de professionnels portent des décorations, d'autres en recevront. Ce qu'on peut appeler le ruban bleu de la profession, le prix Miller, a été décerné à Charles Godon, connu de tous sous le nom de père de la F. D. I. Godon a veillé au développement de la F. D. I. depuis ses débuts et il n'a jamais craint sa peine tant qu'il lui a fallu assurer ce qui tient au cœur à tous, le succès de la F. D. I. L'œuvre que Godon a faite, non seulement pour la F. D. I., mais pour des sociétés dentaires nationales en France et pour l'enseignement dentaire serait trop longue à exposer. Mais ce qui, par-dessus tout, doit conférer le laurier de l'immortalité à cet ami, c'est ce fait qu'il a été choisi par le plus éminent jury de ses confrères, le Conseil exécutif de la F. D. I. pour recevoir le prix Miller. Tous sympathisent avec lui dans la grande douleur qui l'a frappé récemment. On pourrait dire des bonnes qualités de Godon, en résumé, qu'il a donné l'exemple de chacune des vertus qui distinguent son pays. Il faut féliciter M. Godon d'avoir reçu cet honneur signalé.

M. Guerini a porté un toast aux dames.

Pendant le banquet la médaille du prix Miller fut présentée aux convives. L'inscription, d'un côté, en latin, est « *Prix Miller*, G. V.

Black, 1910 ; au *plus savant pour ses mérites éminents* » ; de l'autre « W. D. Miller, 1853-1907 ».

La soirée s'est terminée par de la musique et par des danses.

Banquet au Grand Hôtel Royal.

M. et Mme Forberg avaient invité les membres de la F. D. I. et leurs femmes à une promenade en bateau le soir jusqu'à leur villa de Djursholm, le 29 août ; mais en raison de l'incertitude du temps, ils décidèrent de la remplacer par un dîner au Grand Hôtel Royal. Ce dîner fut somptueux et des chanteurs se firent entendre pendant le repas.

M. Godon avait envoyé le télégramme suivant : Remerciez mes collègues de leur manifestation de sympathie dans mon deuil qui m'empêche d'assister à la session et assurez-les de mon constant dévouement.

Des toasts furent portés, par *M. Jessen,* qui annonça la nomination de M. Forberg comme président d'honneur de la Commission d'hygiène ; par *M. Forberg* qui porta le toast aux absents ; par *M. Paterson,* qui remercia les amphitryons.

Banquet des Sociétés dentaires suédoises.

Le 30 août au soir les membres de la F. D. I. étaient les invités de la Société dentaire suédoise et de la Fédération dentaire suédoise au Grand Restaurant de Saltsjobaden.

M. Hultgren présidait ; parmi les convives on remarquait le Ministre de l'Instruction publique.

Le ministre porta en français un toast aux Sociétés dentaires suédoises, souhaitant, de la part du Gouvernement, plein succès à leur réunion et les assurant de la profonde estime du Gouvernement pour les services rendus par elle à la santé publique.

M. Dahlen répondit.

M. Hultgren fit en français l'éloge de la F. D. I.

Le président de la F. D. I. répondit en suédois.

M. Guy exprime les remercîments de la F. D. I. pour le témoignage d'intérêt que lui a donné le roi de Suède.

M. Lenhardtson porte un toast au prof. Leche.

M. Roy rappelle la vieille amitié qui unit la France et la Suède ; il est fier de penser qu'il y a du sang français dans les veines du premier monarque qui a publiquement reconnu la F. D. I. et lui a accordé son haut patronage.

D'autres toasts furent portés, notamment par M. Bostrom.

(*A suivre.*)

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

(A. F. A. S.)

CONGRÈS DE TUNIS, MARS 1913.

Paris, le 31 janvier 1913.

MON CHER CONFRÈRE,

Au mois d'août dernier, les membres de la *Section d'Odontologie*, réunis à Nîmes, m'ont fait l'insigne honneur de me choisir pour présider leur réunion de Tunis.

Cette distinction conférée par ses aînés à un jeune confrère, pour flatteuse qu'elle soit, n'a pas été sans me surprendre. Je l'ai cependant acceptée comme un hommage bienveillant à l'adresse d'un défenseur convaincu de l'Odontologie.

Nous sommes en effet à une époque où plus que jamais notre profession a besoin de défenseurs et d'amis. Et si, malgré mon indignité, j'ai accepté la présidence du Congrès de Tunis, c'est que j'ai pensé que là encore, dans le champ clos de l'*Association Française pour l'Avancement des Sciences*, je pourrais combattre le bon combat. Si l'heure de ne plus s'instruire ne sonne jamais pour l'homme, il n'en est pas moins vrai que le dentiste n'a plus besoin, comme autrefois, de saisir tous les prétextes d'apprendre. Notre spécialité est aujourd'hui parfaitement assise et ses règles essentielles sont excellemment enseignées par les professeurs de nos Ecoles. L'heure est venue où le dentiste, suffisamment instruit pour accomplir utilement et honorablement son rôle social, doit songer avant tout à défendre sa profession menacée. L'heure est venue pour notre profession de ne plus s'attarder à rechercher je ne sais quelle union stérile entre les membres qui la composent, mais de trouver *en dehors de son sein* des amitiés solides et durables. En face du danger imminent, l'heure n'est plus des ententes éphémères entre petits groupes, l'heure est aux grandes alliances.

Or, peut-on rêver de terrain plus propice que l'*Association Française pour l'Avancement des Sciences* à la conclusion et au développement de ces grandes alliances ? A l'*Association Française pour l'Avancement des Sciences*, le dentiste coudoie pour ainsi dire en raccourci toute la Nation. Dans les diverses Sections de la grande Association se pressent mathématiciens, astronomes, navigateurs, ingénieurs civils et militaires, physiciens chimistes, météorologistes, géologues, minéralogistes, botanistes, zoologues, anatomistes, physiologistes, anthropologues, médecins, agronomes, géographes, législateurs, pédagogues, hygiénistes; c'est-à-dire tous ceux qui travaillent à la grandeur économique et scientifique du pays et au plus grand bien-être de ses habitants. C'est en se mêlant à la vie

de ces diverses sections, — au hasard de ses goûts et des tendances naturelles à l'esprit de chacun, — que le dentiste doit se faire connaître et apprécier. Il est d'ailleurs à peine besoin de faire remarquer que, dans certaines sections, le dentiste a le devoir de faire entendre sa voix. Comme éducateur, il doit fréquenter la XVIIIe Section (*Pédagogie et Enseignement*) ; comme hygiéniste, la XIXe (*Hygiène et Médecine publiques*) ; comme anthropologue, la XIe ; comme médecin de la bouche, la XIIe (*Sciences médicales*) ; comme anatomiste, comme physiologiste, la Xe (*Zoologie, Anatomie, Physiologie*) ; comme radiologiste, la XIIIe (*Electricité médicale*). Que de questions peuvent intéresser les dentistes, que de Sections où il peut recevoir d'utiles conseils et en retour donner de non moins utiles avis ! A voir le dentiste s'intéresser à tout ce qui touche à son art, de très près ou de très loin, on arrivera rapidement à comprendre qu'il est mort depuis longtemps le charlatan d'autrefois et qu'il a désormais fait place à un praticien savant et réfléchi, conscient de l'importante mission sociale qui lui est dévolue. Ainsi le dentiste se fera apprécier, ainsi lui naîtront des sympathies et des amitiés sur lesquelles, sans même qu'il s'en doute, il se trouvera pouvoir compter aux heures graves de sa vie professionnelle.

C'est pour ces raisons, mon cher confrère, que je vous invite à venir à Tunis fréquenter les séances de la *Section d'Odontologie*, mais surtout à vous mêler à la vie de cette grande ruche scientifique qu'est l'*Association Française pour l'Avancement des Sciences*. Jamais, d'ailleurs, l'occasion ne fut plus belle. C'est sur la terre de l'antique Carthage, si riche de souvenirs glorieux, que l'on vous convie aujourd'hui, sur cette terre où notre patrie remplace aujourd'hui la grande civilisation disparue. Et puis, n'est-ce pas aussi un devoir patriotique que d'aller, sur ce continent africain, sur cette plus grande France, que tous les peuples nous envient, faire rayonner une fois de plus le flambeau de la science et de la pensée françaises ?

En attendant le plaisir de vous voir à Tunis, je vous prie, mon cher confrère, de recevoir l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Le président, A. BARDEN.

N. B. — Prière d'envoyer les adhésions et le titre des communications à M. Barden, 108, *avenue Ledru-Rollin, à Paris (XIIe arr.).*

N. B. — Pour faciliter la préparation du Congrès, les auteurs sont instamment priés d'adresser au Secrétariat de l'Association, 28, rue Serpente, Paris, *avant le 1er mars*, dernier délai, un court résumé de chacune de leurs communications (15 à 20 lignes). (Les résumés qui parviendraient après la clôture du Congrès ne seront pas imprimés.)

C'est à cette condition seulement qu'il sera possible, conformément au désir du Conseil, de distribuer des exemplaires des résumés aux séances de la Section et de faire paraître ces résumés dans le fascicule publié à la suite du Congrès.

Dans la séance du 28 mars 1912, le Conseil d'administration a décidé de limiaer à 10 pages des *Comptes rendus* la place totale disponible pour chaque tuteur ou groupe d'auteurs.

CONDITIONS DU VOYAGE

I. — Chemins de fer. — Sur la proposition bienveillante de M. Mauris, directeur de la Compagnie P.-L.-M., les grands réseaux ont bien voulu consentir exceptionnellement à étendre comme suit la validité des lettres de circulation dont seront munis, comme chaque année, les congressistes (50 0/0 de réduction) :

Les départs pourront avoir lieu du 10 au 28 mars 1913 ;

Les retours pourront avoir lieu du 22 mars au 15 avril 1913.

Les Compagnies algériennes et tunisiennes veulent bien nous accorder également une réduction de 50 0/0.

Les Compagnies : *Chemins de fer de l'Etat Algérien, Bône-Guelma* et *Prolongement P.-L.-M. Algérien* délivreront aux congressistes, effectuant le même trajet à l'aller et au retour un bon donnant droit au retour gratuit. Pour les congressistes effectuant un trajet différent, ces Compagnies délivreront un bon donnant droit à une réduction de 50 0/0 décomptée sur tout trajet effectué. Les congressistes voudront donc bien indiquer, sur leur feuille de chemin de fer, le parcours à effectuer sur chacun des réseaux précédents.

II. — La Compagnie générale transatlantique a décidé d'accorder une réduction de 20 0/0 (cette réduction ne portant pas sur le prix de la nourriture) aux congressistes qui s'embarqueront après le 8 mars et se rembarqueront pour le retour, soit à Tunis, soit à Alger avant le 8 avril.

Pour les congressistes qui partiront de Marseille avant le 8 mars et qui se réembarqueront pour le retour à partir du 8 avril, c'est-à-dire qui feront la traversée à une époque où les transports sont moins encombrés qu'au moment des Fêtes de Pâques, la compagnie a bien voulu consentir une réduction de 30 0/0 (cette réduction ne portant pas sur le prix de la nourriture) sur le passage aller et retour.

Les congressistes pourront se faire inscrire aux ports d'embarquement simplement avec leur carte de congressiste. Cette pièce suffira pour obtenir la réduction.

La Compagnie transatlantique engage les congressistes à s'inscrire *aussitôt que possible*, pour l'aller et pour le retour, en s'adressant directement à l'Agent général de la Compagnie, à Marseille (9, quai de la Joliette).

L'embarquement est autorisé à Alger et à Tunis, pour le retour, de sorte que le voyage peut s'effectuer dans un sens ou dans l'autre.

La Compagnie nous a communiqué la liste suivante des prix que

les congressistes auront à payer (*nourriture comprise*) pour la traversée :

Marseille-Alger ou vice versa

1re classe	83 »	déduction faite de 20 o/o entre le 8 mars et le 8 avril.
2e classe	59 70	
1re classe	74 50	déduction faite de 30 o/o avant le 8 mars et après le 8 avril.
2e classe	53 55	

Marseille-Tunis ou vice versa (Rapide)

1re classe	84 »	déduction faite de 20 o/o entre le 8 mars et le 8 avril.
2e classe	60 40	
1re classe	76 »	déduction faite de 30 o/o avant le 8 mars et après le 8 avril.
2e classe	54 60	

Marseille-Tunis ou vice versa (Direct et via Bizerte)

1re classe	68 80	déduction faite de 20 o/o entre le 8 mars et le 8 avril.
2e classe	50 »	
1re classe	62 70	déduction faite de 30 o/o avant le 8 mars et après le 8 avril.
2e classe	45 50	

Les prix indiqués ci-dessus, pour les différentes traversées ne comprennent pas les droits de port à Tunis qui sont de 4 francs en première classe et 3 francs en deuxième classe. Ces droits de port seront perçus par les agences en plus des prix de traversée indiqués dans notre lettre d'hier.

Les billets de passage sont taxés par l'Administration du timbre d'un droit de 0 fr. 60 c. que les adhérents auront également à payer en plus du montant de leur billet.

Pour les congressistes qui s'embarqueront à Bizerte les droits de port à payer seront les mêmes que pour Tunis. Quant à ceux qui s'embarqueraient à Philippeville, ils auront à payer un droit de port de 1 franc en première et deuxième classes.

La Compagnie acceptera également le retour des congressistes par Bône, Philippeville ou Bizerte, aux conditions indiquées pour les ports ci-dessus.

Nos collègues sont donc priés de s'inscrire à Marseille le plus tôt possible, comme il est indiqué ci-dessus.

Pour permettre à la Compagnie une organisation conforme aux intérêts des congressistes, ceux-ci sont également priés, en renvoyant leur feuille de chemin de fer, d'indiquer, sur le papillon joint à cette feuille, la date à laquelle ils ont l'intention de s'embarquer pour l'aller et pour le retour.

PROGRAMME GÉNÉRAL DU CONGRÈS DE TUNIS

Premier jour. — Samedi 22 mars. — Ouverture solennelle du Congrès au théâtre municipal, à 3 heures de l'après-midi.

Deuxième jour. — Dimanche 23 mars. — Excursions générales. — Matin : Tunis, Bardo, Souks (1/2 journée). — Après-midi : Tunis, Carthage, Sidi-bou-Saïd (1/2 journée).

Troisième jour. — Lundi 24 mars. — Matin : Séances des sections. — Après-midi : Inauguration de la statue de Ph. Thomas, visites au jardin d'Essais et à l'Ecole Coloniale d'Agriculture.

Quatrième jour. — Mardi 25 mars. — Excursions au choix.

a) Tunis, Potinville, Mornag (1/2 journée).

b) Tunis, Ferruville, Bizerte (1 journée).

c) Tunis, Korbous (1 journée).

Cinquième jour. — Mercredi 26 mars. — Matin : Séances des sections. — Après-midi : Visite des Monopoles et de l'usine de superphosphates. — Visite à la Direction générale de l'Enseignement et au Service de l'Elevage.

Sixième jour. — Jeudi 27 mars. — Matin : Séances des sections. — Après-midi, 2 heures : Séance de clôture à l'Hôtel des Sociétés Françaises.

Septième jour et suivants. — Après la clôture du Congrès, excursions finales au choix.

a) Tunis, Dougga (1 jour).

b) Tunis, Sousse, Kairouan (2 jours).

c) Grand circulaire Tunisien : Tunis, Sousse, Sbeïtla, Tozeur, Metlaoui, Sfax, Tunis (5 jours).

NOTA. — Les diverses visites ou excursions de Sections prévues à ce jour ayant un intérêt général, tous les congressistes désireux d'y participer y seront admis. Visites à l'hôpital civil français, à l'hôpital indigène Sadiki, à la clinique ophtalmologique Cuénod, excursion botanique au Bou Kornine (1/2 journée 25 mars).

EXCURSIONS

BARDO, SOUKS. — *23 mars, matin.*

Départ Porte de France, 8 h. 45. Arrivée au Bardo par Bab-Saadoun, 9 h. 20. — Visite du Musée 1 heure.

Départ du Bardo, 10 h. 30. Arrivée à la Kasbah, de 11 heures à 11 h. 10.

Prix. . .	Porte de France-Bardo	0 fr. 25
	Bardo-Kastel.	0 fr. 20
		0 fr. 45

CARTHAGE, SIDI-BOU-SAID. — 23 *mars, après-midi.*

Départ Tunis-Nord, 2 heures. — Passage à Marsa-Plage, 2 h. 32. Arrivée à Sidi-Bou-Saïd, 2 h. 38. — Visite de Sidi-Bou-Saïd (42 minutes).

Départ de Sidi-Bou-Saïd, 3 h. 20 ; Arrivée à Carthage, 3 h. 30 .— Carthage ; visite du Musée (1 heure). — Visite des ruines (théâtre, villa romaine, basilique de Damous el Karita) (1 h. 1/2).

Départ de Carthage, 6 heures ; Arrivée Tunis-Casino, 6 h. 30.

Prix : 2e classe, 0 fr. 75 c.

TUNIS POTINVILLE-MORNAG. — 25 *mars, matin.*

Tunis, départ 6 h. 25 ; Potinville, arrivée 7 h. 7. De la gare au domaine, transport assuré par la Compagnie, pour 300 personnes. — Visite du domaine. — Vue sur le Mornag.

Potinville, départ 10 h. 41 ; Tunis, arrivée 11 h. 27.

Prix : 2 fr. 05 c.

TUNIS, FERRYVILLE, BIZERTE. — 25 *mars, journée.*

Tunis, départ 6 h. 35 ; Oued Tindja, arrivée 8 h. 40. Tindja-Ferryville, tramway ou voiture. Visite de l'arsenal de Sidi-Abdallah.

Sidi-Abdallah, départ à 11 h. 1/2. — Traversée du lac.

Bizerte, déjeuner 12 h. 1/2. — Visite de Bizerte.

Bizerte, départ 16 h. 29 ; Tunis, arrivée 18 h. 58.

Prix : 13 fr. 50. — Minimum 10 personnes, maximum 100 personsonnes.

TUNIS-KORBOUS. — 25 *mars.*

1° En automobile, voitures de 4 à 6 places.

Tunis, départ 8 h. 1/2 ; Korbous, arrivée 10 heures. — Visite de l'établissement et des sources. — Déjeuner 11 h. 1/2. — Continuation de la visite des sources.

Korbous, départ 16 h. 1/2 ; Tunis, arrivée 18 heures.

Prix : 18 francs. — Minimum 4 personnes, maximum 100 personnes.

2° En chemin de fer et voiture.

Tunis, départ 6 h. 25 ; Soliman, Arrivée 7 h. 47 . — Soliman à Korbous (voiture) ; arrivée à Korbous à 10 heures. — Visite de l'établissement et des sources. — Déjeuner à l'hôtel des Thermes. 11 h. 1/2. — Continuation de la visite des sources.

Départ de Korbous 15 heures ; Arrivée à Soliman vers 17 heures — Départ de Soliman, 17 h. 43 ; Arrivée à Tunis, 19 h. 2.

Prix : 11 francs. — Minimum 10 personnes, maximum 50 personnes.

TUNIS DOUGGA. — 28 *mars, journée.*

En automobile (voiture de 4 et 6 places).

Tunis, départ 8 heures ; Dougga, arrivée vers 11 h. 1/2. — Déjeuner champêtre emporté de Tunis :

2 œufs durs, 1/2 poulet, 1 sandwich jambon, fromage, pain, vin, serviette, couvert. — Visite des ruines.

Dougga, départ 16 heures ; Tunis, arrivée vers 19 heures.

Prix : 40 francs. Le prix, en apparence élevé de cette excursion, est justifié par ce fait que le voyage (216 kilom.) se fait en automobile. — Minimum 4 personnes, maximum, 50 personnes.

EXCURSION TUNIS, SOUSSE, KAIROUAN, TUNIS. — 28-29 *mars* (2 jours).

Premier jour. — Tunis, départ à 6 h. 25 ; Sousse, arrivée à 10 h. 55 — Installation dans les hôtels. — Déjeuner. — Visite de la ville, des catacombes et de la Kasbah (de la ville aux catacombes en voiture). — Dîner et coucher.

Deuxième jour. — Petit déjeuner. — Départ à 5 h. 6 ; Kairouan, arrivée à 7 h. 22. — Visite de la ville et des mosquées. — Déjeuner. — Départ à 11 h. 33. — Tunis, arrivée à 19 h. 2.

Prix par personne : 50 francs. Minimum 10 personnes, maximum 60 personnes.

EXCURSION DE 5 JOURS A SOUSSE, KAIROUAN, SBEITLA, TOZEUR, METLAOUI, SFAX, TUNIS. — 28 *mars*-1er *avril* (5 jours.)

Premier jour. — Tunis, départ, 6 h. 25 ; Sousse, arrivée 10 h. 55. — Déjeuner. — Visite de la Ville. — Musée. — Kasbah. — Catacombes (en voiture). Sousse, départ 18 h. 7 ; Kalaa Srira, arrivée 18 h. 22. — Dîner. — Départ 18 h. 51. — Kairouan, arrivée 20 h. 58. — Séance d'Aïssaouas. — Coucher.

Deuxième jour. — Petit déjeuner. — Visite des mosquées. — Déjeuner.

Départ à 11 h. 33. — Aïn Ghrasesia, arrivée à 11 h. 55. — Départ à midi par train spécial.

Sbeïtla, arrivée vers 16 h. 30. — Visite des ruines. — Dîner.

Troisième jour. — Départ à 1 h. 14. — Petit déjeuner à Henchir Souatir.

Metlaoui arrivée à 9 h. 22 ; départ à 10 h. 30.

Tozeur, arrivée à midi. — Installation dans les hôtels. — Déjeuner. — Visite de la ville. — Dîner et coucher.

Quatrième jour. — Petit déjeuner. — Continuation de la visite des oasis (promenade à âne). — Déjeuner. — Départ à midi.

Metlaoui, arrivée à 13 h. 50. — Visite des mines de phosphates. — Dîner. — Départ à 18 h. 46.

Cinquième jour. — Sfax, arrivée à 4 h. 54. — Petit déjeuner. — Visite de la ville. — Départ à 10 h. 9.

El-Djem, arrivée à 11 h. 40. — Visite de l'amphithéâtre. — Départ à 12 h. 10. — Déjeuner emporté de Sfax, dans le train.

Tunis, arrivée à 19 h. 2.

Prix : Pour 30 personnes, 170 francs par personne ; 20 personnes, 190 francs par personne ; 10 personnes, 230 francs par personne. — Minimum 10 personnes, maximum 30 personnes.

NOTA. — *Pour les excursions Tunis-Bardo, Tunis-Carthage-Sidi-bou-Saïd, Tunis-Potinville, s'inscrire dès l'arrivée au Secrétariat.*

Pour Tunis-Ferryville-Bizerte, Tunis-Korbous, Tunis-Sousse-Kairouan, Tunis-Sbeïtla-Tozeur-Sfax, Tunis-Dougga, les inscriptions devront être parvenues, dernier délai, le 1er *mars au Comité local.*

Tous les prix sont prévus pour la 2e *classe seulement.*

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LA QUESTION DES HONORAIRES

Par CH. F. PFÆFFLI

(Communication à la Société odontologique de Genève.)

Le moment où notre Société s'accroît de jeunes praticiens et ouvre ses portes aux étudiants de notre Ecole me semble bien choisi pour discuter la manière d'établir les honoraires. Ce sujet, malgré son importance, ne fut jamais inscrit à l'ordre du jour de nos séances et la discussion, auquel cet exposé très bref doit servir d'amorce, nous portera, espérons-le, à le concevoir avec plus d'harmonie.

En effet notre corporation n'a pas une idée uniforme de l'établissement des honoraires, et par cela elle diffère des autres professions libérales, on pourrait presque dire qu'elle s'en sépare. Elle paraît n'être pas bien fixée sur la situation que ses devoirs envers le public l'obligent à tenir, et lorsqu'on l'examine à l'extrême, elle a tout l'air d'un commerce déguisé. Cette diversité des points de vue crée des inconvénients préjudiciables à nos intérêts matériels et moraux ; nous lui devons le plus souvent les désagréments qui peuvent se produire dans nos rapports avec la clientèle.

Cette clientèle, c'est nous qui la formons à chaque heure du jour, et de l'éducation que nous lui donnons, découle l'opinion qu'elle a de la valeur de nos services ; essayons donc de la dresser à l'aide de principes qui nous soient communs ; voyons plus loin que l'intérêt immédiat, qui n'est souvent pas le plus avantageux. Nous augmenterons ainsi le prestige de notre art, et les services que nous rendons seront mieux appréciés.

Examinons d'abord nos rapports avec la clientèle,

Nous avons envers elle des devoirs communs à tous ceux qui execent une branche de l'art de guérir, devoirs impliquant un idéal moral invariable et strict. Lorsqu'elle se remet entre nos mains, elle se confie à notre savoir, mais aussi à notre honnêteté. Elle est incapable de juger des conseils que nous lui donnons, de discerner si les soins qu'elle reçoit sont dictés par la conscience ou l'intérêt ; nous pouvons la tromper aisément et même en recevoir, tel le charlatan, une gratitude imméritée. Il nous faut donc être « vrais » vis-à-vis d'elle, si nous voulons que nos droits soient respectés, et parmi nos droits la juste rétribution de nos soins consciencieux.

Partons du vieux proverbe : « Ne faites pas aux autres ce que vous ne voudriez pas que l'on vous fît ».

Mettons tous nos soins aux opérations qui nous incombent, ne ménageons ni notre temps, ni notre peine, choisissons parmi les nombreux moyens de réparer les bouches de nos semblables, non pas les plus fructueux, mais ceux qui remplissent le mieux les conditions en face desquelles nous nous trouvons. Je ne sais plus quel dentiste philosophe disait que : « Celui qui n'est guidé que par le lucre parcourt une carrière aride et monotone, mais, au contraire, celui que guide l'idéal humanitaire est récompensé, ne fût-ce que par la sérénité intérieure qu'il en reçoit ».

Notre profession est libérale, elle doit exclure complètement les procédés commerciaux, qui deviennent incorrects en elle. Faisons payer et bien payer, quand nous le pouvons, nos soins, notre talent et non pas ce que nous utilisons dans le cours de nos travaux.

Abordons maintenant les conceptions diverses qui dirigent parmi nous l'élaboration des notes de soins.

Les honoraires sont définis par le Littré médical comme une rétribution d'un ordre exceptionnel accordée aux personnes qui exercent certaines professions, la médecine en particulier. Le dictionnaire Larousse donne une définition semblable quant au fond.

Les dentistes appliquent cette définition de trois façons :

1° A tarif fixe sans tenir compte du temps et des difficultés.

2° Au tarif de l'heure.

3° A prix variant selon le temps et les difficultés rencontrées.

La première catégorie est celle qui conçoit le plus mal, à mon avis, nos obligations et nos droits. Elle abaisse le niveau auquel nous devons nous maintenir, ou au-dessus duquel nous devons nous élever. Elle nuit à l'opinion que le public doit se faire de nous, de notre fonction dans le rouage de la société. Elle pousse aux petites lâchetés qui font qu'on laisse croire que l'aurification est taxée vingt francs parce que l'or est un métal précieux et non parce que ce genre d'obturation exige des connaissances plus grandes, un travail plus long et plus minutieux qu'une obturation plastique. C'est elle qui fait ravaler un amalgame à rien, lorsque dans certains cas il est l'obturation de choix ou qui le fait orner du nom de « platine » pour en rehausser le prix. C'est elle aussi qui fait du traitement (le point capital cependant) une opération de peu de valeur aux yeux du patient.

Et quelle tentation pour le praticien d'éviter ce traitement qui ne lui rapporte que fatigue ! Le baume d'acier est si commode : quatre ou cinq extractions sans douleur : une belle petite prothèse que le patient paie d'autant plus facilement qu'il peut la soupeser, la contempler ! Comme c'est simple et rémunérateur ! Et comme on vous sourira après l'avulsion, si l'on n'a rien senti ! Et comme on

vantera la jolie teinte des fausses dents à ses amis et connaissances. L'homme de l'art a peut-être commencé la destruction rapide d'un appareil dentaire qu'il eût pu facilement conserver. Mais bah ! qui s'en apercevra ; qui pourra dire si l'alvéole résorbé, déchaussant les dents voisines, enchâssait des organes susceptibles d'être maintenus.

Ajoutez à cela quelques accessoires : vente d'une poudre dentifrice remarquable ou d'un eau défiant toute concurrence d'après une formule bien personnelle et voilà un petit commerce établi qui doit marcher.

N'en doutez pas, la grosse caisse que nos pères ont connue n'est pas encore crevée.

Pour quelques-uns sans doute, je parais exagérer, mais je crois bien que ceux dont la pratique est déjà longue trouveraient comme moi, si j'en avais le loisir, de nombreux exemples à citer ici. Il y en aurait long à dire, mais concluons par le pire.

Ce mode de rétribution annule la qualité de nos soins, qui disparaît ainsi devant la valeur supposée des matières que nous employons.

Et maintenant passons au tarif de l'heure.

Il a ses avantages. Il permet au dentiste de consacrer ses soins minutieux au travail qu'il entreprend. Il remet à leur rang les opérations, tout en leur donnant peut-être une importance trop égale. Il écarte la tentation d'escamoter les difficultés, puisque les minutes ne sont jamais perdues.

Mais est-il aussi parfait qu'on nous le représente ? Est-il équitable pour le praticien et pour le patient ? Je ne le crois pas.

Rien dans la vie n'est strictement logique ; aussi ce procédé paraît-il trop rigide : il n'exclut pas, quoi qu'on en dise, les contestations.

L'opérateur reçoit une rétribution parfaite ; mais le patient est-il traité de même ? La moindre conversation, si elle ne se rapporte pas aux soins que l'on donne, est prise sur ses honoraires. Les dérangements qu'il ne manque pas de supporter de temps à autre dans tout cabinet, sont payés par lui.

Enfin, si l'on n'est pas induit par ce système à opérer hâtivement, il est incontestable qu'on peut être lent, au grand dam de celui qui recevra la note.

Et puis ce travail à l'heure sent un peu son manœuvre, manœuvre bien rémunéré il est vrai. Que devient alors le talent dans l'exercice de notre art ? Certaines opérations sont d'autant plus brillantes et surtout bienfaisantes qu'elles sont rapidement menées; les voici classées aussi injustement que par le tarif fixe dont je parlais au début.

Enfin, ce système, quoique par une voie différente, n'est pas plus libéral que l'autre. Il éloigne de notre cabinet tous ceux dont les moyens sont trop modestes. Nous refusons d'avance d'utiliser notre talent, notre savoir pour soulager les moins bien partagés. Notre règle ne peut souffrir d'exceptions, puisqu'elle n'a plus de sens si elle n'est pas immuable. Nous n'ouvrons notre porte qu'à une certaine fortune. Voyez-vous cela chez le médecin, le chirurgien ou l'avocat !

Il faut donc chercher mieux et c'est comme toujours dans le juste milieu que nous trouverons la bonne solution : c'est-à-dire non seulement dans les prix variant avec le temps employé, mais aussi avec les difficultés surmontées au cours des soins. Avec elle le terme « honoraires » acquiert son vrai sens.

Fixons-nous un certain taux de l'heure, 10, 15, 20, 30 francs et plus si vous voulez, mais n'en faisons pas une règle intangible. Sachons à certains moments perdre de ce temps, mais sachons aussi dans certains cas compliqués augmenter sa valeur. Faisons comprendre à nos patients l'importance des soins que nous leur donnons. Prenons la peine de leur démontrer qu'un traitement de racine bien fait exige une grande conscience ; qu'il importe autant et plus qu'une obturation impeccable. Ils n'hésiteront pas à nous en donner une rémunération normale. Expliquons-leur les inconvénients de la prothèse, qui ne doit être employée qu'à la dernière extrémité et ils feront des sacrifices pour conserver leurs dents.

Nous pourrons ainsi soigner chacun selon ses moyens tout en conservant des prix réguliers. Il est juste que si l'on nous donne cinq francs pour une obturation peu importante, nous puissions en demander 10 ou 15 pour une autre longue, difficile à terminer ; comme aussi qu'un pansement, qu'un traitement ardus, nous soient rétribués deux et trois fois plus que d'autres relativement faciles. Nous aurons ainsi le droit d'abaisser nos honoraires, de sacrifier de notre temps à l'occasion, sans qu'on vienne nous le reprocher.

Chaque fois que nous avons un nouveau patient, expliquons-lui la manière dont nous comprenons l'exercice de notre art et nous verrons qu'il acquiescera toujours. Ne travaillons pas à « forfait », ne faisons pas de prix d'avance pour des soins à entreprendre dans une bouche entière(il va sans dire que je ne parle pas de la prothèse).

Il n'y a de cadre fixe en rien, et avec ce système nous avons la souplesse qui se prête à tous les cas.

C'est ainsi qu'en conservant à notre profession sa dignité, nous serons équitables envers nous-mêmes, comme envers nos patients.

A PROPOS D'UN PROJET D'INSPECTION DENTAIRE DANS LES ÉCOLES

Les lignes qui suivent sont extraites du compte rendu de la séance du Conseil municipal de Paris du 30 décembre 1912 (Bulletin municipal officiel *du 31 décembre*). *Elles contiennent l'exposé d'un projet dû à M. André Gent, conseiller municipal, et tendant à la création d'un service d'inspection dentaire dans les écoles.*

Si nous sommes pleinement d'accord avec l'auteur du projet pour admettre la nécessité de cette inspection, nous nous séparons complètement de lui, lorsqu'il prétend la confier aux seuls docteurs en médecine, à l'exclusion des chirurgiens-dentistes. L'honorable conseiller municipal fait en outre, à ce sujet, d'une singulière méconnaissance des conditions de l'enseignement et de l'exercice de l'odontologie.

Lorsqu'il écrit : « Voir un trou dans une dent et la soigner n'est pas suffisant, il faut pouvoir lire et pénétrer dans l'organisme tout entier, et seul un médecin dentiste peut arriver à ce résultat. » il ignore les programmes des Ecoles dentaires et les efforts qu'elles ont faits pour donner à leurs élèves la culture spéciale et générale suffisante, leur permettant de faire face à toutes les éventualités de la vie professionnelle.

Enfin, il semble ne pas se rendre compte qu'actuellement il n'y a qu'un seul titre, celui de chirurgien-dentiste, qui soit le gage d'une compétence spéciale, qui ne saurait s'acquérir à la Faculté, ni dans les services d'extractions des hôpitaux. Le docteur en médecine spécialisé ne donne pas, sauf exception, la preuve de cette compétence spéciale ; pourquoi donc M. Gent, donnant le pas aux connaissances médicales sur les connaissances spéciales, veut-il lui réserver l'inspection dentaire des écoles, alors que les quatre-vingt-dix-neuf centièmes de ses électeurs trouvent suffisants pour eux les soins du chirurgien-dentiste, dont ils n'ont qu'à se louer ?

Renvoi à la 4e Commission d'une proposition de M. André Gent, tendant à la création, dans les écoles, d'un service d'inspection dentaire.

M. André Gent. — Messieurs, la proposition que j'ai l'honneur de déposer devant vous n'est pas nouvelle, je l'ai déjà soumise, en novembre 1910, à votre approbation.

Il est universellement admis par la majorité des médecins et par un public éclairé que l'état de la bouche et des dents a une importance très grande sur l'état de la santé en général.

Ce qui est vrai pour les grandes personnes en particulier, est encore plus vrai pour les enfants.

Les enfants ont deux périodes dentaires très importantes :

1° La période des dents de lait, qui est du ressort maternel ou familial ;

2° La période des dents définitives ou de remplacement qui commence vers 9 ou 10 ans.

A ces deux périodes peut correspondre une secousse dans l'organisme délicat qu'est celui de l'enfant.

Nous ne nous occuperons que de la période des dents définitives, car c'est elle qui s'effectue dans la période scolaire au moment où l'enfant perd un peu le contact familial pour prendre, pour ainsi dire, contact avec la vie sous l'œil vigilant des maîtres et des pouvoirs publics.

Vers cet âge de douze ans, si tout était normal dans la bouche, il n'y aurait pas lieu de s'inquiéter, mais des observations très sérieusement recueillies, par les médecins-dentistes, il résulte que, sur 100 sujets observés, 80 à 95 °/₀ ont des dents cariées. On arrive donc à une statistique de 8 à 10 °/₀ d'enfants indemnes de carie à cet âge.

Ce qui attire surtout l'attention, c'est que ce sont surtout les grosses molaires qui sont cariées.

Les médecins savent tous que, vers cet âge de 10 à 12 ans, le système lymphatique de l'enfant est extrêmement développé et sensible aux manifestations d'infection extérieure.

Il faut veiller à ce que cet organisme, déjà si occupé par la croissance, ne soit pas troublé par d'autres manifestations causées par l'infection.

Or, que se passe-t-il lorsque les grosses molaires sont cariées chez l'enfant ?

Par la carie dentaire, une porte est ouverte à toutes les infections de la flore buccale, et nous savons combien cette flore est funeste quand elle peut trouver un terrain propice à son développement.

Des observations rigoureusement recueillies, il résulte que des adénites, des gingivites, des fistules, la scrofule, ont pu prendre naissance chez les enfants dont les dents étaient cariées.

La tuberculose des adénites cervicales n'a souvent pas d'autre cause.

Dans de telles conditions, l'alimentation chez l'enfant ne peut être que défectueuse, d'où mauvaise assimilation, décalcification des os, rachitisme, tuberculose osseuse, dyspepsie infantile, dilatation stomacale par suite de mauvaise mastication.

Le scorbut infantile naît chez les sujets dont les dents sont mauvaises ; soignez les dents et le scorbut disparaît.

Les infections dentaires peuvent gagner les yeux ; des otites moyennes et internes, les sinusites n'ont pas d'autres origines, de même les

convulsions de l'enfance, les névralgies faciales, la danse de Saint-Guy.

Les méningites, l'angine de Ludwig, les septicémies lymphatiques sont souvent d'origine dentaire.

J'abrège cette énumération de laquelle il résulte que l'observation de la bouche des enfants s'impose comme un devoir de premier ordre.

Or, cette observation ne peut être faite que par le médecin spécialiste, le docteur en médecine dentiste.

Lui seul peut, par ses connaissances générales et ses études médicales, donner une garantie sérieuse à cet examen. Voir un trou dans une dent et la soigner n'est pas suffisant, il faut pouvoir lire et pénétrer dans l'organisme tout entier, et seul un médecin dentiste peut arriver à ce résultat.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous proposer le projet de délibération suivant :

« Le Conseil

« Délibère :

« L'Administration est invitée à étudier l'adjonction d'un service d'inspection dentaire au service médical actuellement en fonction dans les écoles de la Ville de Paris.

« Ce nouveau service d'inspection dentaire devra être assuré par des docteurs en médecine dentistes.

« Signé : ANDRÉ GENT. »

Renvoyé à la 4e Commission.

BIBLIOGRAPHIE

A. BARDEN, *Manuel de thérapeutique dentaire appliquée.* Un volume in-8° de 287 pages.

Je suis bien en retard pour parler du livre de M. Barden que son auteur m'avait demandé de présenter aux lecteurs de *L'Odontologie*, mais, si je regrette ce retard, je ne regrette pas d'avoir parcouru cet intéressant *Manuel de thérapeutique appliquée* où l'auteur donne les indications thérapeutiques et opératoires des diverses affections dentaires.

La thérapeutique de la carie dentaire et de ses complications immédiates forme la première partie de l'ouvrage. Dans une deuxième partie l'auteur s'occupe du traitement des affections gingivo-dentaires communes ; mortifications pulpaires sans carie, gingivo-stomatites septiques, polymicrobiennes, périodontite expulsive, évolution dentaire, tumeurs pulpaires ligamenteuses et gingivales bénignes. Enfin, la troisième et dernière partie est consacrée à un sujet qui tient particulièrement au cœur de son auteur, fidèle élève de L. Jacquet : les infections et les répercussions d'origine dentaire.

Ce livre est bien écrit, les divers sujets y sont traités de façon claire et méthodique ; il constitue dans son ensemble un excellent manuel que les élèves, auxquels il est destiné, consulteront avec fruit ; il sera pour eux un guide éclairé que leur facilitera la solution des divers problèmes thérapeutiques qu'ils auront à résoudre. Ils y apprendront de bonnes choses comme le traitement des dents temporaires, si négligé d'ordinaire, pour lequel M. Barden donne de judicieux conseils tant au point de vue du traitement proprement dit qu'au point de vue de la façon de procéder vis-à-vis de cette catégorie charmante et si intéressante de patients dont il faut bien comprendre la psychologie.

Certains points de détail toutefois devraient être critiqués, dans ce livre. Nous regrettons par exemple de voir l'auteur considérer encore la douleur comme un élément à peu près inséparable de l'application d'acide arsénieux et de ne le voir protéger ce pansement que par un simple coton résiné ; nous sommes surpris de le voir préconiser la trépanation des canines à la pointe de la cuspide et celle des incisives inférieures au bord triturant de ces dents. Mais ces critiques de détail et quelques autres que nous pourrions faire n'enlèvent rien aux grandes qualités didactiques du livre de M. Barden que les praticiens eux-mêmes liront avec plaisir d'autant qu'ils y trouveront, dans la dernière partie, un excellent exposé des idées

nouvelles apportées par L. Jacquet et ses élèves sur les répercussions des irritations gingivo-dentaires. M. Barden, qui a publié déjà un certain nombre de travaux à ce sujet, a su présenter cette question d'une façon fort intéressante en montrant les diverses modalités de ces répercussions dont la pelade est la plus connue. Il y a là un sujet nouveau qui a notamment contribué à transformer complètement les idées reçues, quant à la nature de cette dernière affection ; c'est un sujet que tous les dentistes doivent connaître à l'heure actuelle ; ils trouveront un résumé clair et précis de cette question dans le livre de M. Barden et ce m'est une raison de plus de le féliciter de son bon et utile travail.

M. R.

Livre reçu.

Nous avons reçu de M. Paul Macarovici, directeur de l'Ecole dentaire de Bucharest, le compte rendu du fonctionnement de cette école depuis 1909, date de sa fondation, jusqu'en 1912.

NÉCROLOGIE

Paul Philippoteaux.

Nous apprenons avec un vif regret la mort de notre confrère, M. Paul Gustave Philippoteaux, D. E. D. P., membre de l'A. G. S. D. F., décédé subitement, dans son domicile, le 14 février 1913, à l'âge de 50 ans.

Ses obsèques ont eu lieu le 17.

Nous adressons à la famille de notre confrère, qui ne comptait que des sympathies, nos sincères condoléances.

M. Duponnois.

On annonce la mort de M. Duponnois, commissaire de police retraité, qui occupa pendant deux ans le poste de chef du secrétariat à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous adressons à sa famille l'expression de nos regrets.

NOUVELLES

Ecole dentaire de Paris.

Nous rappelons qu'un concours aura lieu à l'Ecole dentaire de Paris, le 6 avril, pour trois postes de chef de clinique de prothèse.

A. G. S. D. F.

Le Conseil d'administration s'est réuni le 11 février à 9 h. du soir.

Il a procédé à l'élection de son Bureau, qui est constitué ainsi :

Président : M. Blatter.

Vice-présidents : MM. Bioux (Paris) ; Monnin (Le Mans).

Secrétaire général : M. Henri Villain.

Secrétaire adjoint : M. Cernéa.

Trésorier : M. Miégeville.

Il a nommé ensuite les membres de la Commission syndicale, de la Commission de prévoyance et du Conseil de famille.

Il a nommé enfin 6 membres du Comité de rédaction de *L'Odontologie*.

Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris.

Le Conseil d'administration de la Société s'est réuni également le 11 février après le Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F.

Après l'expédition des affaires inscrites à l'ordre du jour il a procédé à l'élection de 6 membres du Comité de rédaction de *L'Odontologie*.

Réunion commune des deux Conseils d'administration.

Le Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F. et celui de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris ont tenu ensuite une réunion commune dans laquelle ils ont nommé les fonctionnaires du Comité de rédaction, dont la composition reste la même.

Ils ont ensuite examiné certaines questions de politique professionnelle et se sont occupés des services dentaires de l'armée.

Inspection médicale scolaire.

Le Conseil communal de Gand votera prochainement une réorganisation du service sanitaire des écoles de la ville. Cette organisation comprendra : un médecin-inspecteur chef de service et sept médecins-inspecteurs, deux *dentistes*, un médecin des anormaux, un médecin des teigneux et un oculiste, chacun des médecins-inspecteurs étant chargé d'un groupe d'écoles.

On profitera de cette réorganisation pour établir dans les écoles gratuites des « fiches physiologiques individuelles ».

Les championnats interfacultés.

La Commission interfacultés du comité de Paris a décidé de faire disputer les championnats à partir du jeudi 13 février. L'Ecole Centrale, le Droit, l'*Ecole Dentaire*, la Médecine, l'Ecole Vétérinaire d'Alfort, ont déjà engagé chacun une équipe.

Les engagements, 5 francs par équipe, qui doivent être adressés au trésorier du comité de Paris, seront clos le 4 février au soir.

Les étudiants qui désirent participer à ces matches sont priés de s'adresser aux délégués suivants, représentant leur faculté ou école à la commission interfacultés.

Ecole centrale : M. Sénat, Ecole centrale ; Médecine : M. Avinin,

24, rue des Boulangers ; Droit : M. Bance, 135 bis, rue Ordener ; Ecole Dentaire : M. Passet, à l'Ecole Dentaire ; Ecole Vétérinaire d'Alfort : M. Beaulieu, à l'Ecole d'Alfort ; Ecole des Beaux-Arts : M. Desjardin, 25, rue de la Liberté, à Vincennes ; Faculté des Sciences : M. Jacquet, au PCN, rue Cuvier ; Hautes Etudes commerciales : M. Lasgrezas, à l'Ecole, 72, boulevard Malesherbes.

La Commission a décidé d'exercer un contrôle très sévère sur la qualification de chaque joueur ; les cartes seront exigées.

Cliniques dentaires scolaires.

En raison du grand nombre des enfants des écoles qui ont des dents malades, la municipalité de Mayence (Allemagne) se propose de créer une clinique dentaire scolaire municipale.

***

On annonce la création d'une clinique dentaire scolaire à Baden (Autriche), due à la Société d'hygiène dentaire scolaire d'Autriche.

Chambre de chirurgiens-dentistes.

Une ordonnance royale en date du 16 décembre 1912, publiée dans le *Moniteur* du Royaume de Prusse du 1er janvier 1913, porte création d'une Chambre de chirurgiens-dentistes ayant son siège à Berlin. Cette ordonnance consacre une proposition du Ministre d'Etat.

Cette Chambre s'occupera de la discussion de toutes les questions et affaires intéressant la profession dentaire, notamment du perfectionnement des études des intérêts professionnels et de l'hygiène dentaire. Elle a qualité pour adresser dans la sphère de sa compétence des observations et des propositions aux autorités de l'Etat. Ces dernières doivent provoquer ses avis sur les questions de sa compétence.

Les membres de cette Chambre sont élus par province. Sont électeurs et éligibles tous les chirurgiens-dentistes diplômés en Allemagne, et domiciliés dans la circonscription électorale, sujets allemands et jouissant de leurs droits civiques.

Les chirurgiens-dentistes qui exercent en même temps la médecine peuvent également faire partie de la Chambre précitée. Par contre les médecins militaires et les médecins de la marine qui sont en même temps chirurgiens-dentistes ne sont pas éligibles.

Les fonctions de membre de la Chambre sont honorifiques et

il n'est pas accordé d'indemnité de déplacement aux membres qui viennent assister aux séances.

Comité national français d'hygiène dentaire.

Le Conseil d'administration du Comité s'est réuni le vendredi 28 février à 8 heures 1/2 du soir à la Mairie du 8e arrondissement de Paris, rue d'Anjou, avec l'ordre du jour suivant :

1° Procès-verbal ;

2° Correspondance ;

3° Rapport du secrétaire général ;

4° Organisation du Dispensaire d'inspection et de traitement dentaires du 8e arrondissement par Ch. Godon ;

5° Projet de conférence, avec projections cinématographiques par R. Lemière ;

6° Proposition relative aux brosses à dents (Van der Hœven) ;

7° Inspection dentaire dans les écoles primaires et normales ;

8° Participation à l'exposition d'hygiène russe ;

9° Musée social d'hygiène de la ville de Paris ;

10° De l'organisation des services dentaires dans l'armée ;

11° Propositions diverses.

DERNIÈRE HEURE

Fédération dentaire nationale.

(F. D. N.)

Les réunions des 22, 23 et 24 février.

Les nécessités du tirage ne nous permettent pas de rendre compte dans ce numéro de l'Assemblée générale de la F. D. N. du 22, de la séance de démonstrations pratiques et du déjeuner amical du 23, et de la séance de démonstrations pratiques du 24. Nous en ferons le compte rendu dans notre prochain numéro.

Bornons-nous à signaler le plein succès de ces diverses réunions, qui ont été très suivies.

33e ANNÉE. N° 5. 15 MARS 1913 VOL. XLIX

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ANKYLOSES DE L'ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE

Par M. GERNEZ,
Prosecteur à la Faculté de médecine,
Professeur adjoint à l'École dentaire de Paris.

(*Communication à la Société d'Odontologie, janvier 1913.*)

Je remercie tout d'abord M. Godon et les membres du bureau de la Société d'Odontologie, d'avoir bien voulu me permettre de venir vous exposer le traitement actuel des ankyloses temporo-maxillaires.

Ce sont des faits rares, mais il en est cependant plusieurs, parmi vous, qui ont eu à donner leur avis sur des malades atteints de cette lamentable affection.

La thérapeutique de ces ankyloses s'est transformée dans ces dernières années, et j'ai essayé d'appliquer au traitement de ces ankyloses les principes généraux qui règlent actuellement notre conduite chirurgicale.

J'élimine de mon étude les ankyloses par cicatrices vicieuses des parties molles périphériques, les ankyloses par rétraction musculaire (myosites aiguës ou chroniques des masticateurs), et je n'aurai en vue que les ankyloses par lésion de l'articulation temporo-maxillaire.

Ces ankyloses relèvent de deux grandes causes, le traumatisme, l'infection.

Les arthrites infectieuses de l'articulation temporo-maxillaire peuvent survenir à la suite d'une suppuration de voisinage (otite, ostéomyélite du maxillaire inférieur).

Mais le plus fréquemment ce sont des arthrites infectieuses relevant d'une maladie infectieuse générale (blennorrhagie par exemple, souvent scarlatine, mais surtout fièvre typhoïde comme dans une de mes observations).

Les arthrites traumatiques succèdent à des contusions articulaires, avec déchirures ligamenteuses, à des fractures du condyle du maxillaire inférieur ; ces fractures du condyle du maxillaire sont assez particulières pour que j'y insiste. Elles passent souvent inaperçues dans le complexus symptomatique des fractures de la mâchoire. On constate une fracture de la branche horizontale du maxillaire, le malade se plaint d'une douleur plus ou moins vive au niveau de l'articulation temporo-maxillaire, mais on n'y fait guère attention, d'autant que la radiographie ne donne aucun renseignement.

La fracture du corps du maxillaire se consolide normalement et le malade qui peut difficilement ouvrir la bouche, voit cette gêne augmenter progressivement jusqu'à l'impossibilité absolue d'écarter les mâchoires.

Dans des expériences faites à l'école pratique et résumées dans la thèse de mon élève Masson (1911-12) j'ai pu élucider le mécanisme de ces arthrites traumatiques.

Dans les chocs portés directement sur la pointe du menton, de bas en haut de préférence, on note, dans 90 o/o des cas, une fracture du condyle très spéciale simultanément avec une lésion de la branche horizontale ou de la branche montante du maxillaire inférieur, ou en dehors de cette lésion. Il semble que le condyle ait éclaté en deux parties, l'une interne, l'autre externe, sous la poussée de la diaphyse du maxillaire inférieur, souvent fracturée en pointe acérée. Cette fracture par éclatement, intra-articulaire, s'accompagne de déchirures des ligaments et du périoste, de désordres intra-articulaires importants (arrachements méniscaux).

On conçoit aisément que la réparation de semblables lésions amène une déformation de l'articulation et une ankylose uni ou bilatérale par fusion osseuse des deux condyles du maxillaire et du temporal.

Ce qui frappe, au premier abord, dans l'examen du malade c'est le retrait du menton ; il semble petit, ratatiné, reporté en arrière ; la face aplatie se termine en pointe inférieure, et, quand on examine le malade de profil, il semble présenter une face normale avec, y appendu, un maxillaire atrophié : c'est le profil d'oiseau des Allemands (vogelgesicht).

Cette atrophie du maxillaire inférieur se produit dans les cas où l'ankylose est survenue avant la fin de la période de croissance chez l'adolescent.

L'examen des dents montre souvent un manque des incisives antérieures ou supérieures : elles ont été arrachées le plus souvent pour permettre l'alimentation du sujet au moyen d'une sonde.

Les dents restantes inclinent toutes leur face triturante vers le centre fictif de l'arc mandibulaire. Les molaires se sont inclinées en dedans, l'arc mandibulaire restant inscrit dans l'arc du maxillaire supérieur.

En face d'une ankylose temporo-maxillaire, trois questions sont à résoudre :

1° L'ankylose est-elle totale ?

2° L'ankylose est-elle uni ou bilatérale ?

3° Quelle en est la cause ?

Il est souvent difficile de savoir s'il y a ankylose totale par fusion osseuse.

Parfois on peut écarter les arcades dentaires de quelques millimètres, cela tient souvent à l'élasticité des dents.

La radiographie n'est souvent d'aucun secours sauf dans les cas où il y a un gros bloc osseux.

Lorsque l'ankylose est unilatérale on peut parfois, comme l'a montré M. le Professeur Kirmisson, imprimer à la mâchoire inférieure quelques mouvements de latéralité.

S'il y a hémiatrophie du maxillaire inférieur, il y a de grandes chances pour que l'ankylose siège du côté atrophié et qu'elle soit unilatérale.

Si l'un des deux conduits auditifs est le siège d'une exos-

tose bien visible, attestant la déformation de l'articulation, il est probable que l'ankylose siège de ce côté et qu'elle est unilatérale (obs. personnelle).

Mais, bien souvent, on n'a aucun indice pour guider l'intervention chirurgicale et bon nombre de chirurgiens ont attaqué l'articulation saine tout d'abord.

Je passe sous silence les divers procédés qui ont été utilisés pour le traitement de ces ankyloses temporo-maxillaires (le procédé d'Esmarck-Rizzoli, l'ostéotomie du col de Richet) pour en arriver aux procédés de résection de l'articulation temporo-maxillaire.

J'ai cherché à résoudre quelques problèmes délicats de technique afin de régler cette intervention et, en 1910, j'ai présenté à la Société de chirurgie de Paris les résultats obtenus.

L'anesthésie chez ces malades est parfois entrecoupée de fâcheux incidents : les vomissements qui peuvent obstruer la trachée puisqu'ils ne peuvent s'évacuer par la bouche largement ouverte.

Il faut être prêt à parer à cette éventualité par une trachéotomie, et avoir auprès de soi une pompe aspirante (trompe à eau par exemple) pour l'utiliser, le cas échéant ; on pourrait utiliser la technique de M. le Professeur Sebileau qui fait une trachéotomie temporaire avec la canule de Butlin modifiée.

Le malade est naturellement laissé à la diète complète la veille de l'intervention.

L'incision, pour aborder l'articulation, devait donner un large jour sur la région, ne pas produire de trop grands délabrements, *respecter le facial* et ne pas laisser une cicatrice trop visible.

Je me suis servi de l'incision préconisée par Huguier, verticale en avant du tragus, remontant haut dans la fosse temporale et se recourbant en arrière au-dessus du tronc du facial. Facilement dissimulée par les cheveux, elle laisse, par l'abaissement de sa lèvre inférieure comme un volet, un jour assez considérable sur l'articulation.

Des coupes transversales de la région m'avaient montré, sur le cadavre, les rapports assez proches de l'articulation et de la fosse temporale, et appris qu'en restant au-dessous de la limite inférieure de l'arcade zygomatique, je n'avais aucune crainte de pénétrer dans le crâne.

Sectionnant l'arcade zygomatique un peu en arrière de l'insertion du masséter et conservant comme point de repère son bord inférieur, je pus faire sauter tout le bloc osseux constituant l'ankylose sans danger pour les organes intra-crâniens.

En avançant dans la profondeur, j'agissais prudemment à la gouge et au maillet, et j'ai pu ainsi éviter toute échappée du côté de l'artère maxillaire interne et des organes profonds du cou. J'ai réséqué jusqu'assez bas le col du condyle et, quand j'ai eu une large brèche entre la base du crâne et le maxillaire inférieur, j'ai fait une interposition musculaire pour essayer d'empêcher la réankylose de l'articulation.

Une languette du temporal à pédicule antérieur, taillée, est placée dans la cavité, la peau suturée avec un petit drain.

On répète la même opération du côté opposé si l'ankylose est bilatérale.

Dans une de mes observations, le petit malade qui parlait difficilement avant l'intervention, s'est mis à crier à tue-tête.

En fait de massage et de mobilisation, je pense que le meilleur, c'est l'acte physiologique de la mastication, et au bout de huit jours j'ai fait mastiquer à mes malades des croûtons de pain dur, et de la viande assez résistante.

Le résultat fonctionnel obtenu a été excellent chez mes deux malades : les cicatrices sont à peine visible, ils parlent aisément, et mastiquent de même.

L'un d'eux m'a envoyé un petit morceau de carton qu'il plaçait entre ses petites molaires, il y a un écartement de plus de deux centimètres.

La jeune fille qui avait une ankylose unilatérale et qui n'a été opérée que du côté malade mastiquait beaucoup moins bien, son maxillaire semblait « boiteux » et je me

suis demandé si je n'aurais pas dû opérer l'autre côté dans la même séance pour obtenir un arc maxillaire symétrique.

Je ne sais comment se fait l'adaptation fonctionnelle de cette nouvelle articulation : il doit évidemment y avoir une sorte de luxation en avant de la mâchoire dans les mouvements de la mastication et j'aurais beaucoup désiré revoir mon jeune opéré qui ne s'est pas rendu à mon appel.

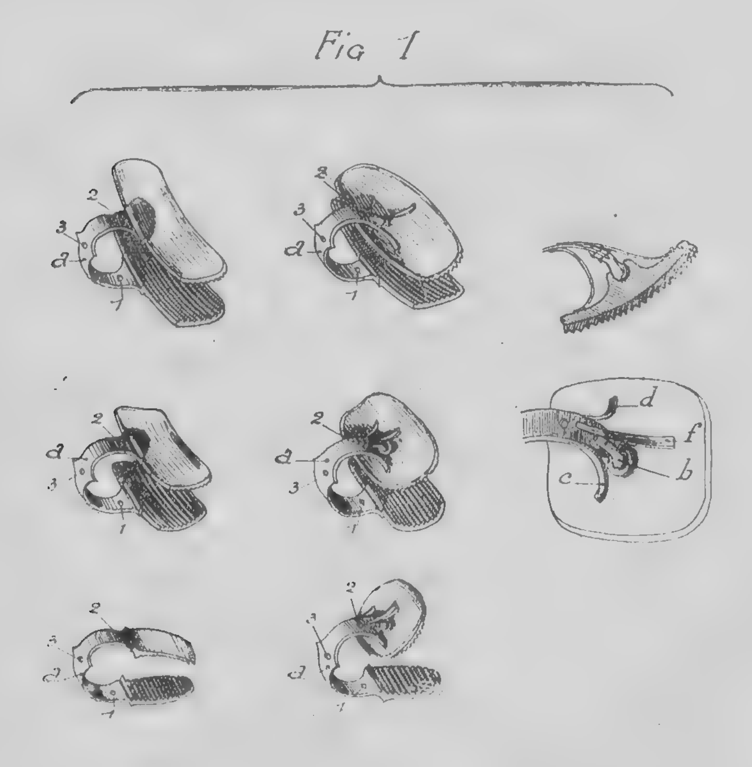
INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

CRAMPON A FORCIPRESSURE DENTAIRE

Par A. BURELLIER-DAUBENTON (de Nancy).

Le crampon à forcipressure dentaire est destiné, comme son nom l'indique, à obtenir l'hémostase en cas d'hémorragie dentaire. Il facilite l'intervention chirurgicale pendant la narcose anesthésique, en laissant plus libre le champ opératoire. Il réduit au minimum l'ingestion du sang par le malade.

Fig 1



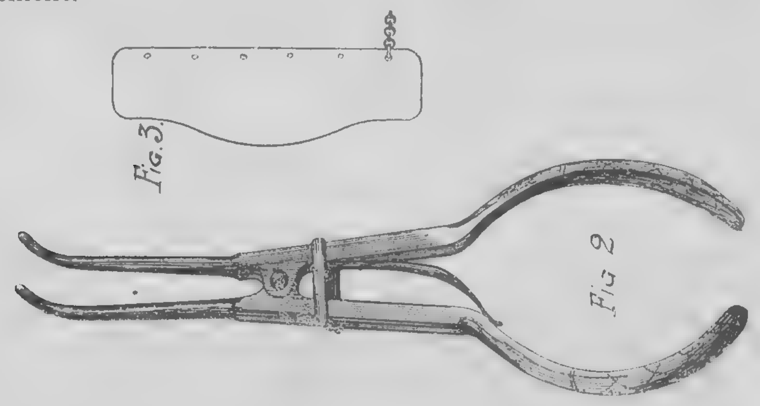
Il est construit entièrement en acier nickelé facilement stérilisable.

Ses mors dentés et articulés s'adaptent parfaitement sur les

bords externes et internes des maxillaires, comprimant les alvéoles et maintenant en place les tamponnements.

Il est composé de six crampons (voir fig. 1), trois pour le maxillaire inférieur et trois pour le supérieur, pouvant se placer indistinctement à droite ou à gauche en les retournant d'avant en arrière. Ses mors, construits de trois grandeurs différentes, peuvent couvrir une surface plus ou moins grande, selon l'importance du foyer hémorragique.

Les crampons sont solidement maintenus en place au moyen du ressort (a). Le mors interne des crampons supérieurs est articulé sur un pivot rond (b), soutenu par trois ressorts (c. d. f.) permettant à cette branche de se mouvoir dans tous les sens, de se conformer au degré de voussure de la voûte palatine et de s'y arc-bouter solidement.



Chaque crampon est percé de deux trous (1 et 2) permettant l'entrée des mors de la pince à clamps ordinaire (fig. 2) qui sert à la mise en place des crampons.

Un autre trou (3), placé au centre de la branche montante, sert à y adapter les chaînettes (fig. 3) au moyen de l'anneau placé à leur extrémité. Ces chaînettes, au nombre de six, viennent s'adapter à une plaquette nickelée, que l'on laisse tomber librement sous le menton du malade pendant la narcose anesthésique. Cette disposition a été adoptée pour retenir le crampon dans le cas où il viendrait à s'échapper par suite d'un faux mouvement pendant les manœuvres opératoires, afin qu'il ne puisse tomber dans le larynx et provoquer l'asphyxie.

Le tout est contenu dans une boîte en métal nickelé sur un plateau de même métal, qui peut être facilement retiré au moyen de deux poignées et placé dans un stérilisateur.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 7 janvier 1913.

Présidence de M. AUDY, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

I. — CORRESPONDANCE.

Le secrétaire général signale des lettres d'excuses de MM. Spaulding, Georges Villain, Roussel, Léger-Dorez.

Il signale également une lettre de M. Daunis qui fait observer que, d'après une circulaire du procureur de la République, la vente de la cocaïne serait dorénavant restreinte et seuls les médecins, chirurgiens, vétérinaires, auraient le droit de faire des ordonnances pour faire délivrer de la cocaïne.

Les dentistes ne sont pas signalés dans la circulaire en question et M. Daunis voit là un danger. Il conseille de prendre une décision à ce sujet.

M. Godon dit que la Société d'Odontologie peut émettre un vœu à cet égard.

M. Daunis . — Il s'agit d'une circulaire aux commissaires de police qui rappelle une ancienne ordonnance. Il n'y est pas question des chirurgiens-dentistes.

L'article 2 mentionne les professions qui ont le droit d'obtenir des pharmaciens de la cocaïne et le dernier article répète : en dehors des professions ci-dessus énoncées, les pharmaciens devront refuser la cocaïne.

Par conséquent il y. a là peut-être un oubli involontaire qu'il faudrait signaler. On devrait en faire part à M. Lescouvé, procureur de la République.

Si nous ne nous en occupons pas, on pourra nous opposer chez beaucoup de pharmaciens une fin de non recevoir lorsque nous demanderons de la cocaïne.

Je demande donc qu'on veuille bien intervenir auprès de M. Lescouvé pour lui signaler cette omission. Le dernier article est, je le répète, assez dangereux, car il revient à dire en somme qu'on devra refuser de délivrer de la cocaïne en dehors des professions citées.

M. Roy. — Cela a l'air limitatif et on peut effectivement s'appuyer sur le texte pour refuser la délivrance de la cocaïne à un den-

tiste. Il y aurait intérêt à ce que nous émettions un vœu qui pourrait être adressé au Procureur de la République.

Le président. — Cette circulaire rappelle une ordonnance du 29 octobre 1846. Or n'y a-t-il pas dans la loi du 30 novembre 1892 un article qui donne au chirurgien-dentiste une capacité pour l'obtention des médicaments dont il a l'emploi ?

M. Roy. — Il n'y a aucune disposition de ce genre, rien n'a été prévu. J'ai pris une part assez active à la discussion de cette loi, et il n'y a aucune disposition concernant ce cas.

M. Godon. — Cette question devait être tranchée dans la loi sur la pharmacie. Cette loi n'a pas encore abouti ou n'est pas devenue définitive ; bien qu'on ait contesté souvent aux chirurgiens-dentistes le droit de prescrire, il y a à ce sujet une certaine tolérance en attendant la loi sur la pharmacie. En tous cas on doit se contenter d'émettre un vœu et il faudra voir l'avocat-conseil de l'Ecole et rédiger avec lui une lettre transmettant ce vœu au procureur de la République.

M. Roy. — Je crois que ce serait une très bonne chose. Ce serait même, somme toutes, une bonne occasion de faire préciser ce point de droit très important parce que la délivrance des médicaments aux chirurgiens-dentistes n'est qu'une tolérance, d'après les dispositions légales et réglementaires actuelles. La délivrance des médicaments aux sages-femmes est réglementée, tandis que la délivrance des médicaments aux chirurgiens-dentistes ne l'est pas.

M. Godon. — Peut-être aurez-vous l'occasion d'obtenir de M. Ducuing une consultation ou une communication, qui serait plus intéressante encore, sur la cocaïne et les produits analogues au point de vue juridique, au point de vue médico-légal. Vous pourriez très bien lui demander cela. Il vous ferait avec plaisir une communication à ce sujet et je crois que l'action qu'on aura auprès du Procureur de la République aurait d'autant plus de poids, soit que vous fassiez la démarche avant, soit que vous la fassiez après la conférence. C'est une question de simple opportunité.

Le président met aux voix la proposition suivante :

Le bureau de la Société d'Odontologie s'entendra avec le Conseil judiciaire de l'Ecole pour lui demander une consultation au sujet de cette question afin d'adresser au Procureur de la République une pétition le priant de modifier sa circulaire dans un sens qui soit plus favorable aux chirurgiens-dentistes. — *Adopté à l'unanimité.*

Le président. — Je remercie au nom de la Société M. Daunis d'avoir soulevé cette question.

Le secrétaire général rappelle que le 22 février la Fédération dentaire nationale tiendra une séance extraordinaire et que des

démonstrations auront lieu le dimanche matin 23 et le lundi matin 24. Déjà de nombreux confrères se sont fait inscrire et la liste est encore ouverte.

Une Commission a été nommée à cet effet.

II. — A PROPOS D'UN CAS DE GASTRITE SEPTIQUE D'ORIGINE BUCCALE, PAR M. DREYFUS.

M. Dreyfus donne lecture de sa communication qui est chaleureusement applaudie. (V. *L'Odontologie* du 30 janvier 1913.)

DISCUSSION.

M. Roy. — C'est un sujet qui m'intéresse beaucoup. J'ai pour ma part eu l'occasion de faire à maintes reprises des remarques analogues à celles qu'a faites notre ami Dreyfus. Il est en effet très singulier de voir des gens auxquels on a conseillé de se faire faire un dentier à cause du mauvais état de leur tube digestif, revenir après qu'on leur a fait l'extraction de leurs dents en vue de leur placer un dentier dire : c'est très curieux, je vais beaucoup mieux depuis que mes dents sont enlevées, je digère bien mieux. Il y a une amélioration considérable de l'état du tube digestif qui montre d'une façon très nette que c'est l'extraction des dents seule qui en est la cause en supprimant les causes d'infection du tube digestif. Cela montre à quel point est erronée la réflexion des gens qui disent : « Je veux garder ces racines car elles me servent un peu à manger ». Les racines ne servent pas à manger (je parle des racines qui n'ont pas été soignées) car elles sont toujours plus ou moins douloureuses et il en résulte une gêne pour la mastication. Ces racines constituent en outre une source d'intoxication profonde qui peut être très grave pour les malades comme lorsqu'elle donne lieu à des manifestations du genre de celles que nous a signalées Dreyfus tout à l'heure.

Je suis comme notre collègue convaincu que beaucoup d'états gastriques mauvais sont dus chez les malades à la présence de racines de dents en mauvais état, qui ont donné lieu à des suppurations prolongées.

A cet égard, il y a une remarque assez curieuse à faire. Pour ma part je l'ai faite et je pense que beaucoup d'entre vous probablement auront fait la même remarque. Il y a une différence quoiqu'en dise Galippe entre la suppuration des gens qui font de la pyorrhée et la suppuration des gens qui ont des racines et des caries du quatrième degré. En effet, j'ai rarement constaté l'existence de troubles gastriques chez des gens atteints de pyorrhée même dans des cas de pyorrhée généralisée avec suppuration abondante. Au contraire chez des gens porteurs de racines et de

caries infectées, on observe des états gastriques graves, bien que ces malades là aient des suppurations beaucoup plus minimes et que par conséquent la quantité de pus qu'ils peuvent déglutir soit moindre que celle qu'on observe dans les cas de pyorrhée intense dont je parle.

Il y a là une question intéressante à étudier. La bactériologie nous donnerait peut-être l'explication de ce fait un peu paradoxal.

Je crois que dans cette septicémie et notamment dans l'état gastrique dont vient de nous parler Dreyfus, ce ne sont pas seulement le pus dégluti qui est cause des accidents, ce sont aussi les micro-organismes, le magma infectieux qui siège autour de la racine, qui paraît être une cause importante des troubles observés.

Je pense que vous aurez remarqué cette petite particularité qui pourrait faire l'objet d'une communication ultérieure.

M. Godon. — Je désire insister également sur l'intérêt de la communication de notre collègue M. Dreyfus.

Nous avons tous été amenés à constater les troubles résultant de l'état des dents et des muqueuses de la bouche. Plus que nous les médecins qui nous envoient des malades l'ont souvent constaté en nous demandant de soigner les dents et la muqueuse buccale afin d'améliorer l'état général du patient.

Déjà, comme l'a très bien rappelé M. Dreyfus dans sa bibliographie, on s'est occupé souvent de cette question. Je me souviens de l'intéressante communication que nous avait faite Chauvin, il y a un certain nombre d'années, également à cette Société.

Je voudrais cependant apporter une autre note.

Je pense qu'il ne faudrait peut-être pas trop exagérer dans ce sens et que les troubles gastriques qui existent évidemment sont dûs peut-être dans une certaine mesure au pus résultant de la pyorrhée ou des affections des racines, mais ces troubles sont dus surtout à la mauvaise mastication. Et de même qu'on observe, comme le disait tout à l'heure M. Roy, une amélioration de l'état général lorsque dans les cas de pyorrhée toutes les dents ont été extraites, ou bien lorsque les racines ont été soignées, nous observons surtout, je crois, plus souvent cette amélioration lorsque dans une bouche dont l'équilibre articulaire a été rompu par suite de la destruction d'un certain nombre de dents, nous avons soigné les dents et rétabli l'articulation par le remplacement des dents absentes.

De même dans les cas de pyorrhée, je ne sais s'il est possible de faire une grande distinction, dans l'amélioration de l'état général, entre ce qui est dû à l'extraction des dents et à l'appareil de prothèse, parce que nous, dentistes, chaque fois que nous

avons été amenés à opérer l'ablation des dents dans les cas de pyorrhée, nous avons rétabli ensuite l'articulation dentaire par des appareils de prothèse appropriés. Or la muqueuse buccale en meilleur état a une influence heureuse sur l'état du tube digestif, c'est évident. Mais aussi n'oublions pas un facteur très important : la mastication rétablie.

Tout en reconnaissant l'importance de la communication de M. Dreyfus, en constatant comme lui que toutes causes d'infection de la muqueuse buccale doivent avoir un retentissement sur l'estomac, il est évident aussi qu'un des facteurs principaux est la présence ou l'absence des dents et le défaut d'une mastication normale ou son rétablissement.

Je tenais à signaler ce point pour ne pas exagérer trop l'importance de la muqueuse malade, ou du moins pour rétablir un peu l'importance de ces deux facteurs dans les résultats que nous pouvons constater sur la production ou la cessation des troubles gastriques.

M. Dreyfus. — Je suis pleinement d'accord avec M. Godon pour attribuer une très grande importance à la fonction de mastication, que l'on doit chercher à rétablir dans tous les cas. Mais ce qui est vrai, c'est que dans les cas de pyorrhée, non seulement le malade se trouve bien d'un traitement qui lui fixe ses dents, mais il ressent également, et peut-être avec une importance égale, les bons effets de la suppression des foyers purulents. En tous cas, l'observation que j'ai rapportée me semble typique, et montre bien que l'état général n'a pas attendu pour s'améliorer que la mastication fût facilitée par un dentier. Il a suffi de tarir les sources de suppuration.

M. Roy. — Dans le cas que vient de citer M. Dreyfus si on avait rétabli la mastication d'une façon parfaite sans enlever les racines on aurait rendu un beaucoup moins bon service à cette malade qu'en lui enlevant toutes les racines comme il l'a fait même sans lui remettre de dents consécutivement.

Il est bon d'insister sur ce fait ; il est bon de le répandre chez les médecins, vous leur ferez ainsi attacher de l'importance à l'hygiène buccale qu'ils négligent beaucoup trop souvent et pour eux-mêmes et pour leurs malades.

Voyez la malade que vient de nous citer Dreyfus, elle lui a été adressée par son médecin pour qu'on lui mette des dents. Celui-ci s'est dit : elle n'a plus de dents, évidemment elle mastique mal d'où ses troubles digestifs ; quand elle aura des dents, elle mastiquera mieux. Mais, vous l'avez vu par son observation, l'infection buccale jouait dans son cas un rôle bien plus grand que l'insuffisance de mastication.

La suppression de la mastication avait placé le tube digestif de cette malade dans un état de moindre résistance qui rendait ce tube digestif encore plus sensible à l'infection provenant de la bouche, mais on ne saurait trop insister sur l'influence de cet état septique de la bouche parce que là encore, si on avait fait un dentier sur les racines au lieu d'enlever celles-ci, je suis convaincu que, quelque parfait qu'ait été le dentier, quelque satisfaisante qu'ait été la mastication la malade n'aurait jamais été guérie ni d'une façon parfaite ni aussi rapidement.

M. Jeay. — Je ne voudrais pas avoir la prétention de trancher le différend scientifique qui semble s'établir entre les idées émises par M. Dreyfus dans sa communication de ce soir et celles de M. Godon, mais je me rappelle un cas qui fait réellement valoir le bien-fondé des idées de M. Dreyfus. Le voici :

Une jeune fille de 17 ans, fille d'un notaire d'une petite ville du département de l'Eure-et-Loir, était profondément anémiée depuis quelques années. De nombreuses consultations médicales et de non moins nombreux traitements à bases de sels de fer et de phosphates avaient été tentés en vain, lorsque le père de la jeune fille, pensant que l'état déplorable de sa dentition, pouvait être une des principales causes de sa maladie par suite de mauvaise mastication, eut l'idée de me l'amener.

Il n'y avait plus que deux dents saines dans la bouche ! Tout le reste était réduit à l'état de chicots, de racines noires, infectées, provoquant partout des fistules et de la pyorrhée ; les gencives étaient rouge violacé, infiltrées et présentaient l'aspect typique de l'infection dentaire. Cette petite malade me parut être le type classique de « l'auto-infection d'origine dentaire ». Je demandai l'extraction immédiate de toutes les dents, sauf des deux saines et remis à 3 mois la pose du dentier.

Lorsque, à cette dernière date, je revis cette personne, elle était complètement transformée ; elle avait repris le teint rosé de son âge et avait engraissé ; ses fonctions digestives elles-mêmes étaient améliorées. Cette heureuse transformation ne pouvait pourtant être attribuée à une meilleure mastication, car elle était encore sans dents. Cela était certainement dû à la seule disparition de toutes ses mauvaises dents, *à la suppression de l'état septique buccal.*

Pour mon compte j'estime que l'insuffisance de mastication peut généralement provoquer des troubles gastro-entériques relativement bénins, tels que dilatation stomacale, entérites, etc., mais que les troubles graves et profonds de la débilité et de la cachexie seront bien plutôt la conséquence de la « scepticémie buccale ».

M. Gernez. — La communication de M. Dreyfus et les observations de M. Godon et de M. Roy soulèvent d'intéressants problèmes de physiologie pathologique :

1° Chez les gens qui ne peuvent pas mastiquer, on retrouve les amylacés dans les fèces.

La salive obtenue lorsque vous triturez les aliments dans la bouche n'est pas du tout identique à celle qui est sécrétée lorsque vous fumez un cigare. Les remarques de M. Godon ont une importance capitale.

Les gens qui mastiquent ont non seulement la salive de la mastication, mais ils ont en plus la salive de la gustation. Victor Henri a fait des expériences tout à fait curieuses et il affirme que la sécrétion des glandes sous-maxillaires est tout à fait différente suivant la nature même de l'excitant. Lorsqu'on met du sel sur la langue, on n'a pas la même salive au point de vue ferment que quand on y place de la viande ou de l'amidon. La mastication longue, prolongée, permet évidemment à cette sécrétion très particulière de se produire au maximum et les ferments sécrétés ont une influence toute particulière sur la digestion des substances amylacées.

Cet après-midi même je recevais la visite de Tepénier qui fabrique des amylo-diastases pour suppléer au défaut de sécrétion de ces ferments et servir dans les troubles digestifs dus à la non-transformation de l'amidon

2° D'un autre côté M. Roy défend une doctrine à laquelle je me rallie. On voit en effet des malades qui ont des troubles digestifs par suite de petites suppurations buccales des plus minimes. Ce sont des gens qui paraissent intoxiqués. Ils arrivent à peser 40 à 45 kilogs et présentent un aspect émacié des plus frappants.

Il suffit de leur remettre la bouche en bon état pour qu'ils s'améliorent considérablement.

M. Godon et M. Roy ont donc raison, chacun d'eux se plaçant à un point de vue particulier, l'un de la mastication, l'autre de l'infection.

M. Roy. — Ce que vient de dire M. Gernez confirme les travaux de Fletcher qui s'est fait le grand défenseur de la mastication prolongée qu'on a appelée le fletchérisme en montrant les bons effets que produit la mastication prolongée sur la bonne digestion des aliments.

Il résulte de ce que vient de nous dire M. Gernez que cette mastication est très importante au point de vue de la digestibilité des aliments, parce que, outre la plus grande division des aliments qu'elle produit, elle fait sécréter aux glandes salivaires tous les ferments nécessaires à la digestion des éléments constitutifs des aliments.

J'ai insisté très vivement à l'appui de la communication de M. Dreyfus sur le rôle de la septicité de la bouche dans les troubles gastriques. Cela ne diminue rien évidemment l'importance du rétablissement des fonctions de la mastication.

M. Godon. — Je me félicite tout à fait d'avoir présenté cette observation tout à l'heure, elle ne devait diminuer en rien dans ma pensée la valeur de la communication de M. Dreyfus. J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt cette communication. Je trouve qu'il a parfaitement bien fait d'appeler notre attention sur les inconvénients des produits septiques de la bouche et leur retentissement sur la santé générale. Il a bien fait de souligner les améliorations qui résultent de la mise en état de la bouche.

Je le félicite particulièrement d'avoir appelé notre attention sur ces faits, puisque cela nous a valu une très intéressante intervention de M. Gernez. En intervenant moi-même j'ai seulement voulu qu'on n'oublie pas l'autre facteur — que naturellement les dentistes n'oublient jamais — mais enfin dans cette communication il était bon qu'on en parlât.

Le président. — Après M. Godon, je ne peux que remercier M. Dreyfus qui nous a fait une communication dont la discussion a pris tant d'ampleur.

Je remercie également M. Gernez de ce qu'il nous a dit. Je sais qu'en ce moment, à l'Institut Pasteur, les recherches sont orientées vers les ferments buccaux et le microbisme buccal. Nous avons vu il y a quelques jours à la clinique un collaborateur de l'Institut Pasteur qui vient faire des prélèvements de la suppuration buccale pour élucider cette question, qui est extrêmement compliquée, d'après ce qu'il nous disait.

J'espère qu'un jour il nous apportera des choses intéressantes. Ce jour-là nous verrons peut-être clair dans toutes les septicémies buccales.

III. — Ankylose des machoires, par M. Gernez.

M. Gernez donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. p. 193).

Discussion.

M. Roy. — Vous avez opéré les deux côtés en même temps.

M. Gernez. — J'ai opéré les deux côtés dans la même séance.

Je voudrais vous demander si parmi vous il n'y en a pas qui ont vu des ankyloses temporo-maxillaires et qui ont vu des opérations.

Voilà ce que je voulais vous dire sur ces faits. Il y a des problèmes qui ne pourraient être élucidés complètement que par des

hommes du métier comme vous. Je ne connais pas du tout l'articulation des dents.

J'ai montré mon petit patient à la Société de chirurgie ; il y a des points qui vous intéressent : d'une part l'atrophie du maxillaire, atrophie rapide en deux ans chez le jeune garçon, en six ans pour la jeune fille.

On ne sait pas comment se comporte le maxillaire inférieur au point de vue de l'articulation interdentaire. En deuxième lieu il y a la difficulté de l'examen radiographique. Je demande si vous ne pouvez pas m'éclairer à ce sujet.

Troisième point, c'est le rétablissement des fonctions dans ces cas de résection de l'articulation temporo-maxillaire, comment se font l'articulation, la mastication ?

J'aurais voulu vous montrer mon sujet de façon à ce que vous l'examiniez. S'il vient à Paris, je vous le présenterai à l'Ecole, parce que ce sont des faits qu'on ne voit pas tous les jours. (*Applaudissements.*)

M. Jolivet. — Je voudrais dire deux mots en réponse à ce que vient de nous dire M. Gernez à la fin de sa communication.

Avec M. G. Lemerle j'ai eu le plaisir d'assister à cette opération.

L'opéré était un enfant âgé de 14 ans, autant que je m'en souviens il lui manquait les incisives en avant. On l'alimentait au moyen d'une sonde.

On a d'abord commencé par lui faire une trachéotomie préventive et l'on a pu en 1 h. 45 arriver seulement à réséquer un seul côté. Il y a eu des vomissements pendant presque toute l'opération et la cicatrice était très large.

L'opération de M. Gernez a l'air de remplir les meilleures conditions dans un cas comme celui-là.

Au point de vue radiographie je crois qu'il serait peut-être possible d'opérer de façon utile de haut en bas. Cela ferait une projection de l'angle de la mâchoire. On pourrait avoir la projection déformée, mais on pourrait l'avoir sur la branche de la mâchoire en la faisant très inclinée.

M. Gernez. — Quand j'ai montré le malade à la Société de chirurgie, M. Sebileau était là. Il a été très heureux de voir le malade et a demandé le procédé opératoire.

J'avais fait 180 résections sur le cadavre avant de commencer à en faire une sur le vivant. J'avais travaillé la question avec des documents qui m'avaient été fournis. J'ai fait l'opération des deux côtés en 45 minutes.

Au cours de l'opération, j'ai été aidé d'une part par la trompe à eau dont vous vous servez. J'ai mis cette petite trompe dans la

plaie, je n'ai jamais vu de sang. Au lieu de tamponner tout le temps, j'avais tout simplement une trompe qui aspirait tout. Cela m'a semblé très simple. J'y aurais été presque les yeux fermés, je n'avais aucune crainte, bien que ce fût la première fois que j'opérais. Pour la jeune fille, j'aurais dû faire une trachéotomie, mais avec ce procédé cela n'était pas nécessaire.

J'ai vu d'un autre côté le malade opéré par Kocher, il avait subi une ostéotomie en avant du maxillaire, cela enlève le nerf dentaire et par suite toute sensibilité de la mâchoire d'un côté. Vous ne pouvez pas faire d'ostéotomie sans couper le nerf dentaire.

D'un autre côté lorsque vous faites une ostéotomie du maxillaire inférieur, vous travaillez dans la bouche, c'est-à-dire dans un milieu septique.

J'ai vu tout ce qu'on a fait en Allemagne sur cette prothèse immédiate, mais quand on touche au maxillaire inférieur on a très souvent de le nécrose.

Dans mon opération pas un fil n'a suppuré, cela ne doit pas se produire.

Il est évident qu'il faut avoir du jour et de bons instruments.

M. Godon. — Le rétablissement des fonctions complètes de mastication me paraît difficile étant donné que la charnière principale fait défaut. Vous avez rétabli une première fonction qui est très importante : la phonation. Le malade peut continuer à s'alimenter avec des aliments liquides. Obtenir la mastication avec l'absence de la charnière principale sur laquelle s'appuient tous les efforts, toute la résistance, tous les actes de la mastication, cela paraît difficile.

Il est évident que la nature supplée beaucoup.

Assurément le nombre des cas d'ankylose est très restreint et nous regrettons qu'on n'ait pas pu juger de ce que pourrait procurer cette sorte d'accommodation au bout de quelque temps, mais je doute que la mastication puisse être rétablie complètement.

M. Gernez. — Le quarante-cinquième jour après l'opération il mangeait des croûtons.

M. Roy. — Dans ce cas il y aurait intérêt à faire chez cette jeune fille une opération complémentaire pour lui réséquer son autre condyle. Vous l'avez dit avec raison : elle boite de la mâchoire et c'est plus grave que d'avoir un raccourcissement d'un membre, parce que celui-ci n'empêche pas toujours la marche, parce que les deux membres inférieurs ont un mouvement indépendant, tandis que les deux condyles ont un mouvement synergique et dans ces conditions il est impossible que l'un marche sans l'autre. Pour l'avenir, si vous aviez affaire à un cas semblable, vous n'hésiteriez sans doute pas à opérer des deux côtés.

Ce sont des opérations extrêmement délicates, ce n'est pas une région pour laquelle il faut s'engager à faire une incision au hasard, ce serait la pire des choses. Il faut pour une opération comme celle-là que le temps soit réglé d'une façon parfaite et qu'on connaisse sa région d'une manière absolue, bien à fond. L'opération de M. Gernez paraît vraiment parfaite sous ce rapport.

M. Gernez. — Quand on dissèque, cela ne va pas très bien. On ne voit pas l'anatomie sur des coupes transversales.

M. Roy. — Esmark avait, dans ces cas, pratiqué la double résection des branches montantes qui ne permettait pas aux malades de mastiquer mais seulement d'ouvrir la bouche, c'est tout ce qu'on pensait pouvoir faire.

M. Gernez. — Richet avait préconisé la résection de la branche montante, il sectionnait et il interposait un lambeau du masséter, il coupait le nerf dentaire.

M. Roy. — Je voudrais signaler à propos de cette observation puisque les cas d'ankylose de la mâchoire sont à l'ordre du jour, un cas très singulier que j'ai eu l'occasion de soigner il y a deux ans, c'est le suivant. Il s'agissait d'une malade qui m'avait été amenée par un de nos collègues M. Bigaignon.

Cette malade a fait de l'ankylose de la mâchoire dans des conditions tout à fait singulières. Subitement, un beau jour, sans cause appréciable elle se mit à faire de la contracture de la mâchoire surtout du côté gauche. C'était une jeune femme de 26 ans. Elle n'avait plus de molaires en bas de ce côté pas de dent de sagesse. Elle n'offrait rien d'extraordinaire du tout du côté des dents. On l'a fait radiographier, la radiographie n'a rien montré du tout.

Notre confrère lui avait fait de l'écartement, un peu de gymnastique, sans résultat. Il m'amena sa patiente pour me demander mon avis. J'ai dit : la première chose à faire c'est d'obtenir un écartement, puisqu'il n'y avait rien de visible. Il pouvait y avoir une petite esquille. J'ai donc endormi cette malade et étant endormie, je lui ai fait de l'écartement forcé. Cela a été un peu dur. La mâchoire s'est ouverte, cela a paru être une chose musculaire, parce qu'en écartant, il y a eu une rupture musculaire qui s'est produite, probablement dans la région du ptérygoïdien. On voyait des fibres musculaires rompues dans cette petite plaie qui s'est cicatrisée. J'ai maintenu l'ouverture de la bouche, et ai fait faire un appareil spécial pour maintenir cet écartement des mâchoires. J'ai fait faire de la gymnastique, mais dès qu'on cessait 24 heures, la contracture revenait rapidement et serait redevenue totale en quelques jours.

J'ai su plus tard que la malade avait été dans le service de M. Se-

bileau qui l'a vue mais qui n'a pas pu obtenir la résolution de cette ankylose.

Je demande à M. Gernez s'il connaît des cas analogues d'ankylose.

M. Gernez. — Le seul cas que j'ai vu d'ankylose sans cause apparente c'est à la suite de la syphilis. J'ai vu un cas de contraction des mâchoires par syphilome du masséter qui a cédé au traitement ioduré mercuriel à haute dose.

M. Roy. — J'ai cherché toutes les causes possibles, mais je n'avais pas pensé, je l'avoue, à cette cause-là.

M. Gernez. — J'ai vu aussi une ankylose due à l'arthrite sèche chez un malade qui avait une arthrite sèche de la colonne vertébrale, c'était à la Charité en 1901-1902.

M. Roy. — Les arthrites simples ne sont pas tellement rares, nous avons l'occasion d'en voir assez fréquemment. Des malades viennent nous dire, j'ai très mal, quelquefois ils incriminent des dents, ils disent : quand je mange, cela me fait une douleur intolérable. Après examen on trouve qu'ils ont de l'arthrite temporo-maxillaire.

Cette arthrite est tout à fait fugace et disparaît en général assez rapidement. Il y a aussi un phénomène assez singulier qui se produit parfois, c'est un craquement articulaire qui peut être quelquefois assez intense, au point d'être entendu à une certaine distance. J'ai eu une de mes malades qui a eu ce craquement. Cela a disparu, mais on aurait cru qu'elle cassait des noisettes. Ceci est du reste un phénomène fugace. Les cas d'arthrites simples et rhumatismales peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic.

M. le président. — Je ne veux pas laisser clore cette discussion sans féliciter M. Gernez de sa communication si intéressante et surtout du résultat qu'il a obtenu après un travail acharné en donnant à la chirurgie une opération nouvelle, efficace et salutaire.

M. Godon. — Nous nous joignons tous au président pour adresser toutes nos félicitations à M. Gernez.

Je demande à faire une proposition. Je vois toujours figurer à la fin de notre ordre du jour : Questions professionnelles, incidents de la pratique, et lorsque nous arrivons en fin de séance, nous avons rarement le temps d'ouvrir une discussion pour cette rubrique. Je vous demande que, ainsi que cela se pratique dans certaines Sociétés, vous consacriez, au début de nos séances, une demi-heure ou trois quarts d'heure aux incidents de la pratique, au lieu de mettre cela en fin de séance, puisque nous n'avons jamais le temps de nous en occuper. Dans la plupart des Sociétés scientifiques étrangères c'est au début de la séance qu'a

lieu une petite causerie d'une demi-heure sur les choses de la pratique courante.

Cette proposition est adoptée.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire général,
R. LEMIÈRE.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance de janvier 1913.

PRÉSENTATION D'APPAREILS POUR MÉTAUX COULÉS.

M. Kern présente une fronde du modèle ordinaire, montée sur une seule articulation et qui lui a donné jusqu'à ce jour entière satisfaction.

M. Druo présente également une fronde du même modèle mais avec une double articulation et montée sur un manche en bois, ce qui donne plus de souplesse à l'appareil. On peut également monter cet appareil sur une pédale à billes, de bicyclette par exemple, et l'on obtient alors facilement une très grande mobilité.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance de février 1913.

I. — FRACTURE IGNORÉE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

M. Pietkiewicz présente un malade âgé de 25 ans, épileptique, qui est interné depuis 1904 et dont les facultés intellectuelles sont très affaiblies. En raison de son affection, le malade a déjà fait de nombreuses chutes sur la face. Il y a quelque temps, on le présente à la clinique dentaire de l'asile, car il souffre de l'angle de la mâchoire inférieure droite. Le malade a du trismus, tout le côté droit de la face est œdematié, la région des molaires est sensible, la muqueuse est gonflée, saignante et du pus s'écoule au niveau de la dent de sagesse, qui est absolument couchée en dedans. On fait le diagnostic d'accident de dent de sagesse et après l'extraction de celle-ci, on conseille simplement des lavages antiseptiques. Or aujourd'hui, les symptômes inflammatoires étant disparus, le malade présente une déformation énorme de la mâchoire inférieure qui indique qu'une erreur de diagnostic a été faite et que le malade a eu une fracture du maxillaire dont le trait passait exactement entre la deuxième et la troisième molaire. L'examen montre que le malade a déjà eu plusieurs fractures du maxillaire.

L'une au niveau du menton, l'autre au niveau du condyle qui est même déplacé à 90°. Malgré cela, tous les mouvements sont conservés et le malade peut ouvrir, fermer la bouche et mastiquer comme à l'état normal.

II. — Fracture du maxillaire inférieur.

M. Vaysse présente un malade âgé de 53 ans, qui est homme de peine, et qui au mois de septembre ayant eu un étourdissement dans la rue, est tombé sur le trottoir. Dans cette chute, il se fit une plaie mentonnière que l'on sutura immédiatement ; mais, les jours suivants, la plaie étant rouge, boursouflée, douloureuse, avec du trismus, on enlève les fils et la plaie suppure. On constate alors que le malade est atteint d'une fracture du maxillaire dans la région mentonnière et l'on place une gouttière dans le courant du mois d'octobre. Au mois de janvier, la plaie suppurant toujours, on enlève la gouttière et, en même temps, deux séquestres volumineux de la région incisive et des apophyses geni. En raison de cette perte de substance, on sent facilement la mobilité des deux fragments. Depuis cette époque, la suppuration a disparu, le malade va mieux et la fracture en voie de consolidation. Il est probable qu'il guérira complètement sans pseudarthrose et sans nécessité d'une prothèse.

III. — Présentation d'appareils prothétiques.

M. Amoëdo présente deux appareils montés sur articulateurs ; l'un a cette particularité que les deux trajectoires ont des valeurs différentes, respectivement de quinze et de cinquante degrés. L'autre est monté sur le principe d'Eltner, de Bâle, et a pour but de maintenir l'appareil du haut par un plan incliné lorsque l'on introduit quelque chose entre les incisives et que le maxillaire inférieur est porté en avant. Ce plan incliné occupe la région des deuxièmes grosses molaires supérieures et inférieures.

IV. — Bridges amovibles.

M. Cournand présente deux bridges amovibles établis sur le même principe. Communication très intéressante par l'ingéniosité de la conception de ces appareils. Ils comprennent une partie fixe placée à demeure dans les dents restantes au moyen d'inlays et qui sert de base ou de support à la deuxième partie mobile ; et d'une partie mobile portant les dents artificielles. Il présente aussi un brigde de deux dents et un bridge de dix dents en émail armé fixé au moyen de deux pivots parallèles.

P. Vanel.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

F. D. N.

La *Fédération dentaire nationale française* a tenu une assemblée générale le samedi 22 février, à 9 heures du soir, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, Paris, sous la présidence de M. Blatter, avec l'ordre du jour que nous avons publié.

61 délégués étaient présents.

Après adoption du procès-verbal de l'assemblée générale du 20 juillet 1912 et lecture de la correspondance, elle a entendu et approuvé le rapport du Comité exécutif sur les propositions déposées par les Sociétés adhérentes à cette séance du 20 juillet, puis elle a procédé à la revision et à la modification des statuts qui la régissent et la séance s'est terminée par la discussion de propositions intéressant la profession.



Le lendemain matin, dimanche 23, séance de démonstrations pratiques organisée par les Sociétés scientifiques faisant partie de la Fédération à l'Hôtel Continental, de 9 heures à midi, avec exposition d'instruments et d'appareils par les fournisseurs dentaires.

Bien que nous ayons déjà publié la liste de ces démonstrations, nous croyons devoir y revenir pour la compléter :

1° M. Chaboseau. — Présentation de fours électriques improvisés et de rhéostats (Modèles exécutés par les élèves de l'Ecole dentaire de Paris).

Ces appareils très simples permettent aux élèves de se rendre compte du principe des fours électriques en même temps qu'ils sont pour eux un excellent exercice de travail manuel.

2° M. Darcissac. — Recherche de la dentine cariée par l'iode. Ce procédé décèle les plus fines parcelles de dentine cariée.

3° M. Ferrand. — Présentation d'une nouvelle brosse à dents extrêmement ingénieuse.

4° M. Léger-Dorez. — Procédés en or coulé. Présentation d'appareils prothétiques.

5° M. Ruppe. — Présentation et démonstration d'un gnathomètre.

Cette démonstration sera publiée dans *L'Odontologie.* Nous croyons cet appareil destiné à rendre de grands services aux orthodontistes.

6° MM. Georges et Henri Villain. — Orthodontie.

Les auteurs montrent par de nombreux exemples que pour eux et depuis longtemps la régularisation des dents n'est pas seulement une opération buccale, mais qu'elle intéresse les traits du visage. Il faut donc constamment surveiller le profil, au cours d'un redressement, pour ne pas le modifier de façon désagréable, mais au contraire chercher à l'améliorer suivant le type individuel.

7° Exposition de fournisseurs.

L'exposition de fournisseurs comprenait :

MM. Contenau, Godart et Collignon. — 1° Boîte à couronnes de Pierre Robin ;

2° Daviers de M. Capdepont. — Amélioration apportée au davier bec de faucon pour molaires du bas.

MM. J. Gautier et R. Toury. — Appareils électriques ;

M. A. Orltrac-Pradier. — Installation de cabinets de travail pour dentistes.

MM. Henri Picard et Cie. — Dents Sada fabriquées à Glatigny-Versailles, dans la première fabrique de dents française.

MM. Roujoux et Zollig. — Dents échangeables Goslee pour couronnes simples et pour tous les travaux à pont ;

Mme Vve J. Wirth. — 1° Appareil à vulcaniser ;
2° Meuble pour vulcaniser ;
3° Accessoires de machines à vulcaniser.

Le masseur gingival imaginé par M. Tacail, et que nous avons décrit dans ce journal, a été également présenté, ainsi que l'oryl et la bioxyne, nouveaux dentifrices.

Ces démonstrations et présentations, ainsi que cette exposition, avaient attiré un grand nombre de praticiens.

***

Cette séance a été suivie d'un déjeuner amical de 75 couverts, présidé par M. Paul Strauss, sénateur, assisté de M. Maréchal, maire du 8e arrondissement de Paris. Une délégation envoyée par la Fédération dentaire belge et l'Ecole et Dispensaire dentaires de Belgique, composée de MM. Rosenthal, Quintin, Quarterman, Pitot et Joachim, de Bruxelles et M. Cunningham, de Cambridge, assistaient à ce banquet, où a été fêtée l'attribution, à Stockholm, par la Fédération dentaire internationale, du *Prix Miller* à M. Ch. Godon, président d'honneur des Fédérations

dentaires nationale et internationale, directeur de l'Ecole dentaire de Paris.

Au dessert M. H. Villain, secrétaire général de la F. D. N., a donné lecture de lettres d'excuses de MM. G. André, Brodhurst (Montluçon), Eudlitz, Franchette, Heïdé, Hotz, Huet (Bruxelles), Ledoux, Pont (Lyon), Rozenbaum, Smadja aîné, ainsi que d'une lettre de M. Paterson, président de la F. D. I., notifiant officiellement à la F. D. N. l'attribution du prix Miller à M. Godon, s'excusant de ne pouvoir assister au banquet et souhaitant grand succès à ce dernier.

M. Blatter, président de la F. D. N., a ensuite souhaité la bienvenue à M. Paul Strauss, l'a remercié de l'intérêt qu'il porte aux sociétés et aux œuvres dentaires et de l'appui précieux qu'il donne toujours aux revendications de la profession.

Il a fait sommairement l'historique de la Fédération, a montré la nécessité de celle-ci, a fait un appel à l'union et porté un toast à la prospérité de la Fédération ; puis il a rappelé que la F. D. N. désigna en 1910 M. Godon pour l'attribution du prix Miller, a exposé que la F. D. I. a tenu compte de ce choix en conférant, dans sa session de Stockholm, le prix Miller à M. Godon, et pour expliquer la légitimité de ce choix, il a emprunté les paroles prononcées par M. Guy, d'Edimbourg, à Stockholm, que nos lecteurs ont pu lire dans notre dernier numéro. Il a porté à M. Godon un toast chaleureusement applaudi, et il a terminé en adressant des remercîments à la délégation belge, ainsi qu'à M. Maréchal, maire du 8e arrondissement, qui, avec le concours de M. Godon, a institué un dispensaire dentaire dans cet arrondissement.

M. Paul Strauss, sénateur, s'est exprimé à peu près en ces termes :

Pour rien au monde je n'aurais voulu manquer à l'appel de la Fédération dentaire nationale.

M. Blatter, son président, m'a souhaité la bienvenue en des termes beaucoup trop flatteurs, car, en répondant à votre appel, j'estime que je remplis un devoir. Vous rendez d'éminents services au peuple par vos dispensaires, où vous soignez gratuitement les indigents. En venant ici je tiens à rendre hommage à vos œuvres et à votre éminent président d'honneur M. Godon. J'ai été témoin de son inlassable activité et de son infatigable dévouement. M. Godon est un modeste, un dévoué, un désintéressé. Je le vois encore, il y a 30 ans, comme secrétaire général de l'Ecole dentaire de Paris, située alors rue Rochechouart, dans le quartier que j'avais l'honneur de représenter au Conseil municipal de Paris. Eh bien ! il n'a pas changé.

Il a peut-être des envieux, des jaloux, mais il n'a pas d'ennemis. Quand il s'échappe de votre Ecole, c'est pour se consacrer à la

mairie du 8e arrondissement et ailleurs à des œuvres d'humanité.

Très éprouvé par le sort, il a pour le consoler la tendresse de sa fille, l'affection de ses gendres, notre estime et notre amitié !

Je bois à M. Godon, votre président d'honneur, à la profession dentaire en France et à l'étranger. (*Applaudissements prolongés.*)

M. Maréchal, maire du 8e arrondissement, après avoir remercié la F. D. N. de son invitation, dit :

« Je me réjouis d'avoir M. Godon comme adjoint, comme collaborateur, car il nous apporte à la mairie de la clairvoyance, de la prudence et de l'activité, avec toutes ses autres belles qualités. Très dévoué aux diverses œuvres de la municipalité de l'arrondissement, il a fondé, dès son arrivée parmi nous, une sorte de consultation où l'on donne des soins dentaires aux enfants des écoles. Je suis heureux de témoigner à M. Godon la reconnaissance des enfants, des familles et de le faire devant ses confrères et je lève mon verre en son honneur. »

M. Rosenthal, président de la F. D. N. belge, s'exprime à peu près ainsi :

Au nom de la F. D. N. belge, je viens apporter au héros de cette fête un juste tribut d'admiration pour l'œuvre qu'il a accomplie et de chaleureuses félicitations pour la consécration que la F. D. I., si bien inspirée, vient de lui donner.

Le prix Miller a été institué pour récompenser le dentiste qui, de façon désintéressée et persévérante, a consacré son temps et ses efforts au perfectionnement et à l'élévation de notre profession.

« Qui plus que Ch. Godon réunit ces conditions ! Non seulement il a donné l'exemple en France du courage, de l'abnégation, du travail acharné pour que, par un enseignement toujours plus perfectionné, le niveau professionnel s'élève de plus en plus ; mais il a été un des fondateurs de la F. D. I. et le monde dentaire a contracté à son égard une dette de reconnaissance dont il ne s'est pas acquitté en lui décernant le prix Miller. »

M. Levett, président de *l'American Dental Club of Paris*, est heureux de féliciter M. Godon de l'honneur qui lui a été fait par la F. D. I.

Il ne connaît personne qui soit plus digne que lui de cette distinction. M. Godon a été un des créateurs de l'Ecole dentaire de Paris ; il a mis toute son activité au service de cette œuvre, se dépensant sans compter pour la conduire à la réussite.

M. Quintin, comme directeur de l'Ecole et Dispensaire dentaires belges, s'associe à la manifestation d'estime et de sympathie organisée en l'honneur de M. Godon, qui mérite toute l'admiration de ses confrères belges ; ceux-ci lui sont reconnaissants des marques d'intérêt et des excellents conseils qu'il leur a donnés lors de la fondation de cette Ecole.

M. Fontanel, président de l'Association de l'Ecole odontotechnique, considère que la France a reçu, en la personne de M. Godon, la plus haute récompense qu'on puisse obtenir. L'art dentaire français, qui sommeillait depuis de longues années, s'est réveillé. Toute une génération d'hommes a travaillé, créant des écoles, luttant sans cesse pour obtenir la consécration officielle de la profession. Parmi ces hommes un lutteur infatigable a toujours été sur la brèche pour organiser les dentistes français et prendre la parole en leur nom.

La F. D. I. a voulu récompenser en lui, Ch. Godon, le grand éducateur professionnel.

M. Audy, président de la Société d'Odontologie de Paris, ne saurait exprimer combien cette Société a été honorée de voir décerner à son président d'honneur le prix fondé pour récompenser les bienfaiteurs de la profession. Si M. Godon a été l'artisan du relèvement de la profession dentaire en France, la gloire de la distinction qu'il a reçue rejaillit sur la profession française tout entière.

M. Siffre, directeur de l'Ecole odontotechnique, a parlé à peu près en ces termes :

Je me souviens de la réunion de la Fédération dentaire internationale à Paris il y a deux ans.

On nous avait demandé de désigner un candidat français pour le prix Miller. J'ai regretté que la Fédération internationale n'ait pas choisi M. Godon, que nous avions désigné, et lui ait préféré M. Black, un savant. Tout le monde peut être Black, mais tout le monde ne peut pas être Godon. Depuis qu'il a l'âge d'homme, Godon a travaillé au relèvement de l'art dentaire en France par la création d'une école et l'organisation des études dentaires, d'abord, puis en se consacrant constamment au perfectionnement de cette création et de cette organisation. Il a été le grand fécondateur de nos œuvres professionnelles, c'est lui qui a fait éclore bien des germes qui avaient été semés.

A ce moment il est remis à M. Godon, au nom de la délégation dentaire belge, au milieu d'applaudissements répétés, un superbe bouquet aux couleurs de la Belgique.

M. Roy porte le toast suivant, au nom de la F. D. I.

Ma vieille affection pour nos sociétés dentaires et pour Godon se réjouit fort de la fête d'aujourd'hui. D'une part je suis heureux de voir, après les orages des années passées, la F. D. N. retrouver le calme et la sérénité, gages certains de sa future prospérité. D'autre part je suis heureux de voir fêter l'homme aux côtés duquel j'ai lutté depuis bientôt 25 ans pour toutes les causes qui me sont chères. S'il m'a toujours trouvé à ses côtés dans les luttes passées, si je lui suis uni par les liens de la plus cordiale affection, c'est que je l'ai toujours trouvé du côté du droit, de la liberté et de la justice.

C'est avec joie que, dans la session de Stockholm, j'ai proposé au conseil exécutif de la F. D. I. sa canditature pour le prix Miller et j'ai été heureux et fier en ma qualité de Français et d'ami de voir ce choix ratifié par la plus haute organisation professionnelle internationale.

Je n'aurai garde d'oublier non plus, en ma qualité de rédacteur en chef de *L'Odontologie* le rôle considérable joué par Godon comme directeur de notre journal et comme ami, comme collègue ; comme admirateur de sa belle œuvre professionnelle, je lève mon verre en l'honneur de M. Godon.

M. Richaume, président de la Société odontologique de France, en adressant des félicitations à M. Godon, se joint aux précédents orateurs pour dire que l'honneur que représente l'attribution du prix Miller rejaillit sur l'odontologie française tout entière. Ce prix est la consécration de l'importance prise par l'enseignement dentaire en France.

M. Ferrand, président du Cercle odontologique de France, remercie M. Blatter, au nom de la Société, d'avoir invité le Cercle à prendre part aux démonstrations pratiques, car ce Groupement suit toujours avec le plus vif intérêt ces manifestations scientifiques.

Il tient à renouveler à M. Godon les félicitations du Cercle pour avoir obtenu le prix Miller. Les dentistes français peuvent être fiers de compter parmi eux le lauréat de ces prix et le Cercle odontologique s'enorgueillit à juste titre d'avoir ce lauréat pour 1912, M. Godon, dans son Comité de patronage.

M. Hirschfeld, au nom des praticiens étrangers exerçant à Paris, voit dans l'attribution du prix Miller à M. Godon un acte de justice, car, à force d'un travail acharné, M. Godon est arrivé, après avoir gravi tous les échelons, au sommet de la gloire professionnelle. Ce prix est le couronnement de sa carrière ; il ne s'adresse pas à une personnalité connue seulement dans son pays, mais à une personnalité mondiale.

L'orateur rêve la création d'une Académie internationale de l'art dentaire dans laquelle ne seraient admis que les savants ou praticiens ayant fait avancer l'art dentaire. Ce serait une sorte de Panthéon vivant des célébrités professionnelles. Si ce rêve se réalise, il espère que M. Godon occupera dans cette académie la première place.

M. Blatter remercie les auteurs de démonstrations et de présentations de leur concours pour l'éclat qu'ils donnent aux réunions des 23 et 24.

M. Godon répond à tous les orateurs. Il est confus des éloges qui lui ont été adressés et remercie tous ceux qui prennent part à la manifestation, en particulier ceux qui la président et ceux

qui l'ont organisée. Il estime qu'en lui décernant le prix Miller la F. D. I. a voulu honorer en lui toute la corporation odontologique française. Il rappelle sommairement ce qu'est la F. D. I., ainsi que la longue période de travail, de développement et d'organisation, qui a valu les suffrages de la F. D. I. L'hommage ne s'adresse pas seulement à la corporation, il s'adresse aussi à la France et c'est pour cela qu'il en est fier. Il préconise l'union de tous les odontologistes pour mettre en déroute ses adversaires et lève son verre à cette union qui doit se fortifier pour le plus grand bien de la F. D. N et de l'art dentaire français.

En terminant, il exprime toute sa reconnaissance à MM. Georges et Henri Villain, qui occupent déjà dans la famille professionnelle une place honorable, qui font preuve d'une activité considérable dans les œuvres corporatives et qui se sont dépensés sans compter pour organiser les réunions des 22, 23 et 24.

Tous ces toasts ont été longuement applaudis et la plupart ont été l'occasion d'une véritable ovation pour le lauréat.

On peut dire de ce banquet et des paroles qui y ont été prononcées, toutes empreintes de la confraternité la plus étroite, qu'ils ont constitué une magnifique manifestation de sympathie, d'admiration, de reconnaissance et de concorde.

***

Les démonstrations pratiques faites le lundi matin 24 à l'Ecole dentaire de Paris étaient les suivantes :

M. Georges André. — Présentation : *A.* d'un appareil écarteur inter-maxillaire pour malade avec pseudo-ankylose temporo-maxillaire :

B. d'un appareil pour hémi-résection du maxillaire inférieur.

C. d'un appareil obturateur de la voûte palatine et voile fixe.

Ces appareils, très réussis, donnent au malade toute satisfaction au point de vue esthétique ou fonctionnel.

2° *M. Darcissac.* — Recherche de la dentine cariée par l'iode.

M. Darcissac montre sur le malade toute l'importance d'une recherche minutieuse de la dentine cariée et combien son procédé peut venir en aide au praticien.

3° *M. Ferrand.* — Préparation de cavités, confection et placement d'un bridge à inlays en une séance.

M. Ferrand, par une série de tours de mains habiles, exécute un bridge d'une façon extrêmement rapide. Ce procédé peut rendre de grands services.

4° *M. Jeay.* — Anesthésie régionale du maxillaire.

M. Jeay fait l'application du procédé d'anesthésie des maxillaires qui lui est personnel. Il peut enlever plusieurs dents du maxillaire supérieur sans que le malade éprouve la plus légère douleur.

5° *MM. L. Lemerle* et *J. André.* — Présentation et visite du Musée.

6° *M. Roussel.* — Exemples de démonstrations des cours pratiques de l'Ecole dentaire de Paris.

M. Roussel répète devant les confrères présents une séance de ses cours pratiques à l'Ecole. Le caractère scientifique de son enseignement, la précision de la technique et la clarté d'exposition sont très appréciés.

7° *M. Roy.* — Opérations de stomatologie.

M. Roy fait une leçon clinique sur les kystes dentigères et opère un kyste uniloculaire du maxillaire supérieur de grande étendue. L'énucléation et l'extirpation de ce kyste intéressent particulièrement les assistants.

8° Visite de l'Ecole et des travaux du stage.

***

Enfin les démonstrations faites le même jour à l'Ecole odontotechnique étaient les suivantes :

1° *M. Gaston Guérard.* — Physiologie dentaire ;
Dentisterie opératoire.

2° *M. René Dubois.* — Présentation d'inlays et aurfications exécutés par les élèves.

3° *M. Frison.* — Présentation d'un malade atteint de multiples nécroses du rebord alvéolaire du maxillaire inférieur.

4° *M. Fourquet.* — A. Présentation de bridges et de couronnes exécutés par les élèves.
B. Résultat éloigné de cure radicale de kyste dentifère.

5° *M. Franchette.* — Présentation des travaux pratiques des élèves du stage.

Toutes les démonstrations et présentations ont été extrêmement suivies et avaient réuni de nombreux confrères de Paris, de la province et même de l'étranger.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Congrès de Tunis.

Section d'Odontologie.

Rappelons que le Congrès de Tunis, dont nous avons publié le programme dans notre dernier numéro, p. 172 à 179 aura lieu du 22 au 28 mars 1913.

Nous donnons ci-après les noms des adhérents et les titres de communications qui nous sont parvenus.

ADHÉSIONS

MM. Cunningham, de Cambridge.
Hélot, de Sidi-Bel-Abbès.
Barden, Courtigeol, Franchette, Godon, Lemière, Morche, Le Quellec, Sagnet, Touvet-Fanton, Zimmermann, de Paris.
Pont, Soulard, Vicat, Vichot, de Lyon.
M. et Mme Nux, de Toulouse.
MM. Gouthière, de Nemours.
Audy, de Senlis.

PREMIÈRE LISTE DE COMMUNICATIONS.

M. Courtigeol (de Paris). — Sur la valeur thérapeutique de l'association tricresol-formol.

M. Cunningham (de Cambridge). — Sur l'hygiène dentaire (avec projections cinématographiques).

M. Franchette (de Paris). — Présentation d'un pneumo-anesthésiographe.

M. Godon (de Paris). — La force vestibulo-palatine et la barre transversale dans les bridges.

M. Lemière (de Paris). — La surveillance de l'état général pendant le redressement.

M. Pont (de Lyon) : 1° Chronologie de la dentition.
2° Prothèse nasale partielle.

M. Touvet-Fanton (de Paris). — Pièce à main à décortiquer, user, polir, pour bridges, inlays, émaux.

M. Vichot (de Lyon). — Sur un nouveau traitement de la pyorrhée alvéolaire.

M. Zimmermann (de Paris) : 1° Présentation de bridges amovibles.
2° L'or coulé. Présentation de différents travaux concernant la prothèse et la bijouterie.

BULLETIN

LA STOMATOLOGIE ET LA MORALE

Sous ce titre inattendu, la Revue de stomatologie *a publié, dans son numéro de janvier, un article signé d'un énigmatique C... Diffus, touffu, confus, cet article peut se ramener, après élagage des incidentes, aux trois propositions suivantes :*

a) *La morale s'accroît avec l'instruction ;*

b) *Les médecins sont plus instruits que les dentistes ;*

c) *Donc les stomatologistes ont une moralité supérieure à celle des chirurgiens-dentistes.*

Et voilà comment, truquée et maquillée, secondée par la prévention, la logique peut s'abaisser à servir l'Idée fixe.

Malheureusement pour l'auteur, il a gravement péché par omission : son syllogisme comporte une prémisse incomplète. En effet, la seule morale qui puisse faire question ici, la seule susceptible d'autoriser un jugement sur toute une corporation, est précisément la morale professionnelle, et, celle-là, elle est bien réellement fonction de l'instruction, soit; mais de l'instruction professionnelle. Dès lors, la première des propositions énoncées plus haut peut s'écrire ainsi : la morale professionnelle s'accroît avec l'instruction professionnelle. Quant au reste du raisonnement, aux conclusions, que le lecteur veuille bien les déduire. Le C... de la Revue de stomatologie *n'a omis qu'un mot, d'importance il est vrai ; je le renvoie, pour qualification du procédé, à l'auteur des* Provinciales.

Bien que la Revue de stomatologie *ne nous ait jamais accablés d'appréciations bienveillantes, je m'étonne d'y trouver un tel jugement, dont la sévérité s'appuie sur des considérants qui surprennent sous la plume*

d'un dentiste médecin : les reproches qui nous sont faits dans le domaine de la moralité, nous les renvoyons facilement à qui nous les adresse.

Certes, nous souffrons du vacarme, et « des grossiers appels au public » que font certains entrepreneurs d'art dentaire ; mais nos associations et nos syndicats ont le courage, eux, de mettre au ban de la profession les bateleurs, les tenanciers des boîtes à musique où, sous un nom de carnaval, le protoxyde d'azote se débite à robinets ouverts, et ils stigmatisent, comme il convient, les réclamistes éhontés du genre des « Bourgogne » et des « Minimoff ». Mais quoi ! combien sont-ils en France ? Cent, deux cents peut-être. Que pèsent-ils en face des quatre mille dentistes qui travaillent sans bruit, scrupuleusement, chacun s'adaptant aux nécessités de sa clientèle, pauvre ou riche ? Pour ceux-ci, en quoi la dignité de leur vie est-elle amoindrie par le voisinage des banquistes ? Qu'importe à l'Océan l'apport fangeux des rivières ?

On dirait vraiment que la profession dentaire a le monopole d'engendrer les exploiteurs de l'universelle jobarderie ! Ne les trouve-t-on pas également dans la médecine, ce suprême rempart de la morale ? Ils sont légion, ceux qui guérissent la vérole en huit jours, et aussi ceux qui, spéculant sur le désespoir et la crédulité, font défiler dans leurs instituts la foule misérable des tuberculeux et des cancéreux, appâtés périodiquement par l'espérance d'une guérison promise dans des articles à tant la ligne !

Faut-il rappeler le scandale permanent de certaines cliniques pour accidents du travail, où sont embusqués quelques flibustiers qui se font des rentes au détriment des compagnies d'assurance et des praticiens consciencieux ?

Quelle jolie et discrète réclame, d'autres ne se taillent-ils pas dans la peau de leurs contemporains à

l'aide des procès-verbaux de duel, et des bulletins de santé des personnages en vue.

Et la dichotomie, comment la morale professionnelle s'accommode-t-elle de cette maladie honteuse, mais non secrète, de la médecine, qui n'épargne même pas les « princes de la science » ?

Plus près de nous, en art dentaire, quels singuliers représentants de la morale que ces médecins de paille qui vendent leur nom pour sauver la façade d'entreprises dirigées par des gens qui n'ont pas le droit d'exercice légal ! Que dire enfin de cet autre qui, par son passé et ses titres officiels, fait figure dans le Gotha de la Stomatologie, et qui s'en va servir la morale chez un de ceux qui battent la caisse à tous les carrefours de la capitale!

Eh bien, rien de tout cela n'empêche l'ensemble du corps médical d'être infiniment respectable. Dévoué, et souvent héroïque, le médecin praticien des villes et des campagnes est au-dessus des mercantiles combinaisons des trafiquants de la médecine. Mais qu'il ne soit pas seul à bénéficier de la justice rendue à la droiture de la vie professionnelle ; que cette justice s'étende à l'ensemble des dentistes, innocents, comme les médecins, de l'indignité de quelques-uns ! Dentistes et médecins, tous sont des guérisseurs mûs par leur conscience.

Mais, pour qui n'est pas aveuglé par l'esprit de parti, où se trouve, dans le domaine propre de la spécialité dentaire, le vrai serviteur de la morale ?

Est-ce celui qui, n'ayant fait le plus souvent, qu'un vague stage dans un service d'extractions, fait miroiter aux yeux des profanes un diplôme de médecin, qui ne sanctionne pourtant que des études non dentaires ? Est-ce celui qui possède un diplôme spécial, aboutissement d'études spécialisées ?

Des deux, quel est donc celui qui trompe le public ?

***

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

RÉPONSE DU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE

Nous avons publié dans notre numéro du 15 février dernier la réclamation adressée par l'U. F. D. N., l'A. G. S. D. F. et la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris à M. Lescouvé, Procureur de la République près le Tribunal de 1re instance de la Seine, à la suite de sa circulaire rappelant les prescriptions d'une ordonnance du 29 octobre 1846, relative à la vente et à la prescription des substances vénéneuses. On sait qu'aux termes de cette ordonnance et de cette circulaire les chirurgiens-dentistes ne sont pas compris parmi les praticiens auxquels les pharmaciens peuvent délivrer des substances vénéneuses.

M. le Procureur de la République vient de faire connaître à chacune de ces Sociétés, par la lettre que nous reproduisons ci-après, qu'il a donné les instructions nécessaires à son Parquet pour que le droit d'acquérir ces substances et de les prescrire ne soit pas contesté aux chirurgiens-dentistes diplômés de la Faculté de médecine.

Paris, le 24 février 1913.

Le Procureur de la République
à Monsieur le Président de l'Union fédérale dentaire nationale.

En réponse à votre lettre du 8 février 1913, par laquelle vous me signalez les inconvénients que pourrait avoir, pour l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste, l'application littérale de ma circulaire relative à la vente, à l'achat et à l'emploi des substances vénéneuses, je m'empresse de vous informer que, malgré les termes de l'ordonnance du 29 octobre 1846 (art. 5), qui ne fait pas mention des dentistes parmi les praticiens auxquels les pharmaciens peuvent délivrer des substances vénéneuses, j'estime, comme vous, en me basant sur les art. 2 et 32 de la loi du 30 novembre 1892, réglementant l'exercice de l'art dentaire, que les chirurgiens-dentistes, munis du diplôme de docteur en médecine ou de celui de chirurgien-dentiste, doivent être assimilés aux médecins, chirurgiens et officiers de santé, en ce qui touche la délivrance des anesthésiques indispensables à l'exercice de leur profession.

J'ai donné les instructions nécessaires aux magistrats de mon parquet afin que le droit d'acquérir des substances vénéneuses et de les prescrire ne soit pas contesté aux chirurgiens-dentistes, à l'exception des dentistes qui n'exercent qu'à la faveur de la mesure transitoire de l'art. 32 de la loi du 30 novembre 1892.

Le Procureur de la République,
Signé : E. LESCOUVÉ.

HYGIÈNE

COMITÉ NATIONAL FRANÇAIS D'HYGIÈNE DENTAIRE

(C. N. F. H. D.)

Le Conseil d'administration du Comité national français d'hygiène dentaire s'est réuni le 28 février à la mairie du 8e arrondissement de Paris, avec l'ordre du jour que nous avons publié.

Après approbation du procès-verbal et lecture de la correspondance, il a entendu un rapport de M. Godon, maire adjoint du VIIIe arrondissement, sur l'organisation, au Dispensaire de la rue de Monceau, d'un service dentaire d'inspection et de traitement d'urgence pour les enfants des écoles communales de cet arrondissement, qui a donné les meilleurs résultats. Il a émis un vœu tendant à la création de services de ce genre dans les autres arrondissements de Paris.

Il a approuvé l'envoi au ministre de la Guerre et aux directeurs des services de santé des 20 corps d'armée d'un rapport de son président, M. Roy, sur les perfectionnements à apporter aux services dentaires créés par la circulaire du ministre de la Guerre du 8 décembre 1907, rapport que nous publions avec la lettre d'envoi qui l'accompagnait.

Le Comité s'est séparé à 11 heures.

Un projet de conférence type destiné à répandre les préceptes d'hygiène dentaire préconisés a été présenté par le secrétaire général du Comité, M. Lemière.

Des propositions diverses ont été faites par les membres du Conseil d'administration et renvoyées au Bureau.

LES SERVICES DENTAIRES DE L'ARMÉE

Par Maurice Roy

Dentiste inspecteur de l'Ecole normale d'instituteurs de la Seine,
Président du Comité national français d'hygiène dentaire.

Par une circulaire en date du 10 octobre 1907 le ministre de la Guerre a organisé un service dentaire dans l'armée. Cette création avait un triple but :

1° Organiser un enseignement dentaire au Val de Grâce.

2° Assurer l'inspection dentaire régulière des hommes de troupes, contrôlée par une fiche tenue à jour trimestriellement.

3° Assurer, dans la mesure dont disposaient les médecins des corps, le traitement des affections observées.

On sait que, pour le fonctionnement de ce nouveau service, on

a fait largement appel aux jeunes chirurgiens-dentistes et étudiants en chirurgie dentaire appelés sous les drapeaux. Toutefois, faute des crédits nécessaires et faute d'un personnel régulier (les jeunes appelés ayant une situation militaire assez mal définie) le service dentaire n'a pu fonctionner que d'une façon très rudimentaire. Néanmoins, grâce au zèle et au dévouement de nos jeunes confrères, les services régimentaires ou de garnison qui ont été créés ont rendu de très grands services.

Désireux de connaître les modifications ou améliorations qui pourraient être apportées au service dentaire de l'armée, le ministre de la Guerre vient d'adresser une circulaire aux directeurs du Service de santé des divers corps d'armée pour leur demander leur avis à ce sujet.

Le Comité national français d'hygiène dentaire s'est préoccupé de cette question particulièrement importante et j'ai adressé, en son nom, aux directeurs du Service de santé des 20 corps d'armée, au Gouvernement militaire de Paris et au ministère de la Guerre un rapport sur ce sujet, qui est reproduit plus loin, ainsi que la lettre d'envoi qui l'accompagnait.

Il faut espérer que cette enquête du ministre sera suivie d'une organisation complète et régulière de cet important service si nécessaire pour l'amélioration de l'hygiène et de la santé des soldats et je serai heureux si ce rapport, où j'ai résumé les idées d'un grand nombre de nos confrères et les miennes, peut y apporter une utile contribution.

Voici d'abord le texte de la circulaire ministérielle :

Paris, le 29 janvier 1913.

Le Ministre de la Guerre

à Monsieur le Directeur du Service de santé du corps d'armée.

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien m'adresser, pour le 1er mars, un rapport exposant les modifications ou améliorations à tous points de vue (personnel, matériel, composition et mode d'approvisionnement, locaux, etc.), qu'il y aurait lieu, à votre avis, d'apporter, dans l'ordre des réalisations pratiques, à l'organisation et au fonctionnement actuels du service de la stomatologie dans l'armée.

Vous voudrez bien, dans ce but, inviter tous les médecins, chefs de service, placés sous votre direction, à vous faire connaître les remarques et observations, fondées sur les résultats de l'expérience acquise depuis 1907, qu'ils ont pu faire et leurs desiderata en ce qui concerne cette branche de la pratique médicale dans le milieu militaire.

Votre rapport devra être divisé en deux parties. La première

sera le résumé, la synthèse des vues originales et pratiques qui vous auront été soumises et vous auront paru intéressantes. La deuxième sera l'exposition de vos conceptions personnelles sur cette partie du service.

Vous voudrez bien, en me la transmettant, l'accompagner de celles des études de vos subordonnés dont les idées vous sembleront devoir être retenues, comme susceptibles d'être réalisées avec avantage pour le service.

Pour le Ministre et par délégation du secrétaire général,
Le Directeur du Service de Santé,
Signé : TROUSSAINT.

Nous aurions désiré adresser notre rapport aux médecins-majors chefs de service dont parle la circulaire, mais le court délai dont nous disposions (le rapport des directeurs du Service de santé devant parvenir au ministère le 1er mars) ne nous l'a pas permis. Nous l'avons envoyé uniquement aux dits directeurs avec la lettre ci-dessous :

Paris, le 22 février 1913.

Monsieur le directeur du Service de santé du corps d'armée,

Le Comité national français d'hygiène dentaire, fondé sous les auspices de plusieurs sociétés philanthropiques et d'hygiène, dont le but est de vulgariser l'hygiène dentaire, de créer et de favoriser les œuvres qui peuvent la développer, s'intéresse d'une manière particulière aux services dentaires qui fonctionnent dans l'armée.

Ce Comité a été informé qu'une lettre circulaire récente de M. le ministre de la Guerre avait été adressée aux services intéressés à l'effet qu'il soit produit un rapport sur les modifications et améliorations à apporter aux services de stomatologie dans l'armée.

Nous avons donc pensé qu'il pourrait être utile de vous faire connaître, après étude de la question et après en avoir conféré avec un grand nombre de ceux qui ont eu à assurer le fonctionnement de ces services, les modifications et améliorations qui nous sembleraient devoir être utilement apportées à ces importants services, qui concourent si utilement à l'œuvre d'hygiène que nous poursuivons.

C'est pourquoi nous prenons la liberté de vous adresser ci-joint un exposé de la question, qui pourra, nous l'espérons, vous fournir quelques indications utiles.

Veuillez agréer, Monsieur le directeur, l'assurance de notre haute considération.

Pour le Comité national français d'hygiène dentaire,
Le président, MAURICE ROY.

Rapport sur le service dentaire dans l'armée.

La création des cliniques dentaires dans l'armée a réalisé un progrès considérable dans l'hygiène et la santé des soldats. On sait en effet l'extrême fréquence de la carie dentaire et, d'autre part, les conséquences graves, médiates ou immédiates, des affections des dents sont trop connues pour qu'il soit nécessaire de les rappeler dans ce rapport.

Aussi les cliniques dentaires régimentaires, malgré leurs moyens si précaires d'existence, ont-elles rendu d'incontestables services, non seulement en soulageant les militaires souffrants mais encore en guérissant ceux atteints d'affections en voie de complications graves. Ces services ont permis de conserver, par des soins rationnels, quantité de dents cariées vouées à l'extraction et de réduire considérablement le nombre des entrées à l'hôpital et des journées d'indisponibilité, tant par les complications prévenues ou guéries que par l'amélioration apportée dans la nutrition des hommes par la conservation de leurs dents.

D'une façon générale, le service stomatologique doit comprendre : 1° *Les services dentaires régimentaires* ; 2° *des services dentaires dans les hôpitaux militaires.*

Les services dentaires régimentaires permettent sans trouble pour le service et l'instruction des troupes, sans dérangement pour les hommes, d'assurer le service d'inspection dentaire prévu par la circulaire de 1907 et d'assurer les soins d'urgence.

Les services dentaires hospitaliers, comprenant une organisation plus complexe, doivent être réservés aux malades hospitalisés, à ceux ayant besoin d'appareils de prothèse dentaire ou de prothèse chirurgicale de la face.

Ces différents services, existant déjà en beaucoup d'endroits, devraient être développés et améliorés pour pouvoir rendre tous les services qu'on est en droit d'en attendre. Nous allons indiquer, en suivant la nomenclature de la circulaire ministérielle, les modifications et améliorations qui pourraient être apportées à ce sujet.

Personnel. — Le service dentaire est actuellement effectué par des chirurgiens-dentistes ou des étudiants en dentisterie pendant leur passage sous les drapeaux, mais leur nombre est actuellement à peine suffisant. Toutefois, il y aurait lieu de répartir un peu mieux les jeunes soldats, certains régiments en comptant plusieurs, alors que d'autres en sont dépourvus.

Il serait à souhaiter que la situation des appelés chirurgiens-dentistes qui assurent le fonctionnement des cliniques militaires soit régularisée afin de leur donner une situation militaire régulière analogue à celle des étudiants en médecine.

Après trois mois de classe, ils pourraient passer comme infirmiers au service dentaire et pourraient, après un an et en subissant un examen à déterminer, être nommés dentistes auxiliaires avec le grade d'adjudant. Ces jeunes soldats, en effet, ne peuvent, dans les conditions actuelles, aspirer à s'élever dans la hiérarchie militaire comme peuvent le faire leurs camarades des services combattants ou autres. Il serait désirable en outre qu'ils puissent avoir, de par leur grade, une certaine autorité sur les hommes de troupe pour exercer leurs délicates fonctions.

Pour suppléer à l'insuffisance du nombre des dentistes militaires, certains ont pensé à faire appel au concours des dentistes civils pour les cliniques régimentaires ; mais cette proposition est inacceptable ; il serait à craindre qu'un dentiste civil ne fût pas suffisamment obéi de ses subordonnés et surtout ne fût pas soumis à ses supérieurs comme il devrait l'être ou encore enfin qu'il ne donnât pas tout son temps avec autant de dévouement et de désintéressement qu'un dentiste militaire, tout en réclamant une solde supérieure à celui-ci. Il serait donc nécessaire, tant pour assurer le fonctionnement des services dentaires militaires que pour encadrer les jeunes chirurgiens-dentistes effectuant leur service, de créer un corps de dentistes militaires comme cela existe notamment aux Etats-Unis et en Allemagne, corps militarisé et entièrement soumis à la hiérarchie militaire.

Les médecins militaires n'auront jamais le loisir, ni en général le goût de s'occuper de l'art dentaire, cette branche demandant une spécialisation trop longue à apprendre après la médecine générale ; aussi le Comité national français d'hygiène dentaire, qui s'est beaucoup occupé de la question, pense-t-il que le service de stomatologie doit être entièrement effectué par des chirurgiens-dentistes, mais des chirurgiens-dentistes militaires de carrière, que l'on s'attacherait en leur donnant certains avantages de tenue, de grade et de solde, semblables à ceux des pharmaciens, auxquels les dentistes peuvent être facilement comparables par la durée et la division de leurs études (2 ans de stage, 3 ans de scolarité). Un concours serait établi parmi les jeunes chirurgiens-dentistes, concours à la suite duquel ils recevraient dans un hôpital militaire (Val-de-Grâce par exemple où il existe déjà un service de stomatologie modèle) une instruction spéciale technique et administrative. Au moment de la mobilisation, les dentistes militaires seraient appelés à rendre d'incontestables services (appareils de prothèse chirurgicale et restauratrice) dans le cas de fracture des os de la face et même du crâne, comme cela se pratique dans plusieurs hôpitaux de Paris. Les officiers dentistes seraient donc d'une grande utilité en temps de guerre, où ils seraient de précieux collaborateurs des médecins ;

en temps de paix, ils auraient la double mission de prodiguer leurs soins eux-mêmes aux soldats malades, et de diriger, surveiller, encadrer les jeunes appelés, dentistes ou étudiants.

MATÉRIEL. — Chaque clinique régimentaire devrait être pourvue du matériel prescrit par la circulaire ministérielle du 2 décembre 1910.

Toutefois il y aurait lieu d'y adjoindre quelques instruments comme une seringue pour cocaïnisation, quelques fouloirs et quelques instruments divers dont le coût est peu élevé, mais dont l'utilité est très grande pour l'exécution des soins dentaires.

COMPOSITION ET MODE D'APPROVISIONNEMENT. — Cette dépense faite, le matériel serait d'un entretien très peu coûteux et les différentes matières obturatrices (amalgame, mercure, ciment, gutta-percha), ainsi que les médicaments nécessaires, pourraient être fournis par le Service de santé, sur demande spéciale du chef de service, comme cela se pratique déjà dans certains services, à Toul par exemple.

LOCAL. — Le service stomatologique régimentaire doit être autant que possible placé dans un local de l'infirmerie régimentaire.

Le local doit être très clair et suffisamment grand et aéré et comprendre une prise d'eau et une prise de gaz ; les autres détails d'installation sont insignifiants. On devrait toutefois prévoir l'installation d'un stérilisateur poissonnière à eau bouillante.

Afin de démontrer les résultats obtenus déjà avec l'organisation rudimentaire actuelle des services dentaires, nous donnons ci-dessous à titre d'exemple quelques statistiques dressées par quelques-uns des services dentaires qui ont été organisés :

92e RÉGIMENT D'INFANTERIE (CLERMONT-FERRAND).

Effectif moyen de 1.550 hommes.

Soins donnés de février 1908 *à février* 1909.

Extractions simples	2.244	opérations
— avec anesthésie générale ou locale	232	—
Nettoyages	67	—
Traitement de gingivite ou autres affections buccales	42	—
Obturations ciment	182	—
— amalgame	124	—
— gutta	107	—
Dents à pivot	3	—
Appareils de prothèse	10	—
Soit au total	2.994	—

(A. CARDI, chirurgien-dentiste.)

79e Régiment d'infanterie (Nancy).

Soins donnés de décembre 1906 à novembre 1907.

Extractions avec ou sans anesthésie locale....	385	opérations
— anesthésie générale	4	—
Nettoyages..............................	26	—
Obturation à la gutta....................	146	—
— amalgame..................	41	—
— ciment.....................	42	—
— diverses....................	6	—
Appareils de prothèse......................	5	—
Soit au total..........	1.123	—

(Dr Blot, médecin-major au 79e d'Infanterie).

Service dentaire de l'hopital de Sedan.

Effectif 3.000 hommes.

Soins donnés d'août 1909 à juillet 1910.

Extractions simples	734	opérations
— avec anesthésie................	309	—
Traitement carie du 2° degré...............	407	—
— 3° degré...............	74	—
— 4° degré...............	23	—
Obturations amalgame....................	168	—
— ciment.......................	304	—
— gutta	32	—
Nettoyages................................	221	—
Traitement gingivites, pyorrhées, etc........	35	—
Soit au total.........	2.307	—

(H. Delionnet, chirurgien-dentiste).

Service dentaire de l'hopital de Bourges.

Soins donnés du 1er janvier 1910 au 15 septembre 1911.

Extractions simples.......................	400	opérations
— avec anesthésie générale ou locale.	1.197	—
Traitements et obturations 2° degré..........	529	—
— 3° —	604	—
— 4° —	180	—
— 4° — compliqué	28	—
Nettoyage, gingivites.......................	82	—
Accidents de dent de sagesse, abcès, etc	63	—
Soit au total............	3.173	—

(M. Pegon, chirurgien-dentiste.)

SERVICE DENTAIRE DE LA PLACE DE TROYES.

Soins donnés du 1er janvier au 31 décembre 1912.

Extractions simples	258	opérations
— avec anesthésie locale	468	—
— — — générale	3	—
Abcès, fluxions, etc	57	—
Gingivites	37	—
Accidents de dent de sagesse	23	—
Sinusites	3	—
Obturations ciment	175	—
— amalgame	19	—
— diverses	4	—
Traitement de carie 3° et 4° degré	59	—
Nettoyages	91	—
Soit au total	1.197	—

(Redelinger, chirurgien-dentiste.)

NÉCROLOGIE

Nous apprenons la mort de Mme Antoine Chemelle, mère de notre confrère M. Chemelle, membre de l'A. G. S. D. F., à l'âge de 66 ans. Les obsèques ont eu lieu le 17 février.

Nous adressons à notre confrère nos vives condoléances.

***

On annonce la mort de Mme Léon Labbé, épouse de M. Léon Labbé, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, sénateur et président du Conseil général de l'Orne, décédée le 18 février à 70 ans.

En 1892, M. Léon Labbé a présidé la séance de réouverture des cours et de distribution des récompenses de l'École dentaire de Paris.

Nous le prions d'agréer l'expression de nos vifs regrets.

***

Nous sommes informés de la mort, à l'âge de 63 ans, de M. Bertrand, ancien capitaine dans la légion de la garde républicaine à cheval, qui occupa pendant deux ans le poste de chef du secrétariat à l'École dentaire de Paris.

Nous exprimons tous nos regrets à sa famille.

***

Nous apprenons la mort, à l'âge de 68 ans, de Mme Edouard Prillieux, belle-mère de M. Ducuing, avocat à la Cour d'appel, professeur de droit médical à l'École dentaire de Paris, et conseil judiciaire de la Société.

Nous prions M. Ducuing et sa famille de recevoir nos condoléances.

NOUVELLES

Ecole dentaire de Paris.

Nous rappelons qu'un concours aura lieu à l'Ecole dentaire de Paris le 6 avril 1913, pour trois postes de chef de clinique de prothèse.

Conseil du corps enseignant.

Le Conseil du corps enseignant de l'École dentaire de Paris s'est réuni le 6 mars 1913 avec l'ordre du jour suivant :

1° Procès-verbal du 19 octobre 1911 ;

2° Correspondance ;

3° Constitution du Bureau et de la Commission permanente.

4° Examen du programme d'enseignement du stage et de la scolarité.

Notes d'interrogations et de travaux pratiques conformément au décret du 11 janvier 1909, pour la préparation de carnets scolaires à soumettre aux jurys d'examen de la Faculté ;

5° Réinvestitures ;

6° Propositions diverses.

Cercle odontologique de France.

L'assemblée générale annuelle du Cercle odontologique de France a eu lieu le samedi 8 mars, à 10 heures du soir à l'Hôtel des Sociétés savantes.

Le lendemain matin, dimanche, à 9 heures, séance de démonstrations pratiques, présentation d'appareils et d'instruments et exposition de fournitures dentaires au restaurant du *Bœuf à la mode.*

A midi, 9e banquet annuel, présidé par M. Hugot, président d'honneur et fondateur du Cercle.

A 3 heures, matinée-concert.

La Maison du Dentiste.

On nous prie d'annoncer que M. Léger-Dorez vient de commencer au profit de la Maison du Dentiste une série de démonstrations sur l'or coulé. D'autres séries suivront.

Distinction honorifique.

Nous apprenons avec grand plaisir que M. Theuveny, dont on a lu d'intéressants articles dans nos colonnes, vient d'être nommé officier de l'Instruction publique.

Nous lui adressons nos vives félicitations.

Récompense.

L'Académie de médecine vient de décerner une médaille de bronze à notre confrère M. R. Morche pour ses travaux sur l'hygiène de l'enfance.

Nous adressons au lauréat nos sincères félicitations.

Congrès de Londres.

Le Congrès dentaire international de Londres aura lieu du 3 au 8 août 1914 sous le patronage du roi d'Angleterre.

F. D. I.

La Fédération dentaire internationale tiendra sa session annuelle en 1913 les 28 et 29 août à La Haye.

Congrès pan-américain d'Odontologie.

On organise à Rio de Janeiro, avec l'appui du Gouvernement fédéral brésilien, le premier Congrès pan-américain d'Odontologie, qui aura lieu en octobre 1913, 82 rua Goncalves Dias. Le Comité central d'organisation est composé de MM. R. de Pereira e Maia, président ; A. Coelho e Souza et Sebastiâo Jordâo, 1° e 2° vice-présidents ; Benjamin Constant N. Gonzaga, A. de Lima Netto et R. Lassance Cunha, secrétaire ; A. Gerni, trésorier.

Le Comité régional de l'État de Rio de Janeiro, composé de cinq membres, est présidé par M. Argentino Pinto.

Congrès dentaire de Panama et du Pacifique.

A l'occasion de l'Exposition internationale de Panama et du Pacifique qui aura lieu. à San Francisco en 1915, un Congrès dentaire international sera tenu dans cette ville, sous le nom de

Congrès dentaire de Panama et du Pacifique, le dernier lundi d'août 1915 et aura une durée de 10 jours.

Un Comité, comprenant des représentants des États de Californie, d'Orégon, de Washington, d'Utah, Idaho, Colorado et Arizona, et présidé par M. Arthur, M. Flood, 240 Stockton Street San Francisco, s'occupe de l'organisation.

La Société américaine d'orthodontie et l'Association dentaire nationale tiendront, à cette occasion, leurs réunions à San Francisco.

Une exposition de fournitures dentaires aura lieu pendant la durée du Congrès.

La cotisation est de 50 francs.

Association internationale de perfectionnement scientifique et médical.

Le voyage d'études de la 10e Session de l'*Association internationale de Perfectionnement scientifique et médical (A. P. M.)*, patronnée par le Gouvernement français, aura lieu du 22 *mars au* 14 *avril* 1913 *en Espagne et en Portugal.*

Concentration à *Perpignan.* — Itinéraire : *Barcelone, Saragosse, Madrid, Tolède, L'Escorial, Cordoue, Grenade, Gibraltar, Tanger, Algésiras, Cadix, Séville, Lisbonne, Coïmbre, Porto, Salamanque, Burgos, Bilbao, Saint-Sébastien.* — Dislocation à *Biarritz.*

Il est nécessaire de demander son inscription *avant le* 10 *mars* 1913. Le programme détaillé et les conditions sont parus dans le numéro de janvier de « Scientifica », revue officielle de l'Association, qui est envoyé franco contre 0 fr. 60 en timbres-poste français ou 3 coupons-réponse internationaux. S'adresser au Siège de l'A. P. M., 12, rue François-Millet, Paris XVIe (Bureaux ouverts le mercredi et le samedi de 3 *à* 4 *heures après-midi*).

33e ANNÉE. N° 6 30 MARS 1913 VOL. XLIX

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

HOPITAL DE LA PITIÉ

CLINIQUE DENTAIRE

LES ALTÉRATIONS PULPAIRES SANS CARIE

Par MAURICE ROY,
Dentiste des hôpitaux,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Voici une malade qui se présente à nous en se plaignant de souffrir violemment du côté des dents, où elle éprouve des douleurs rappelant celles de la pulpite, et chez laquelle, comme vous allez le voir, le diagnostic causal est assez délicat à établir ; c'est pourquoi nous nous arrêterons un peu longuement sur son cas qui est caractéristique de l'altération pulpaire sans carie.

Cette malade souffre depuis plusieurs jours du côté gauche de la mâchoire supérieure ; elle a d'abord éprouvé une sensibilité assez vive au contact des liquides froids, puis, bientôt après, une véritable douleur se produisant par crise en dehors de toute provocation directe, s'irradiant à toute la face et durant nuit et jour au point d'empêcher la malade de prendre aucun repos depuis deux jours.

Faisons l'examen de cette malade pour déterminer le siège et la nature de l'affection qui détermine les douleurs dont elle se plaint.

Du côté de la face, rien d'anormal ne vient attirer notre attention, aucun gonflement, aucune rougeur. Du côté de la bouche, nous constatons que cette femme a toutes ses dents

et que celles-ci, parfaitement articulées, paraissent toutes totalement exemptes de carie ; l'état de propreté de la bouche est assez satisfaisant, les gencives sont saines. Si nous examinons plus particulièrement les dents du côté gauche, les recherches les plus minutieuses ne décèlent aucun point de carie ni en haut ni en bas. Il n'y a aucune rougeur de la muqueuse, aucune douleur à la pression du doigt dans le sillon vestibulaire. Nous constatons cependant un léger déchaussement des molaires plus particulièrement marqué à la face palatine des molaires supérieures ; il n'y a pas de suppuration notable et les dents sont solides, à peine une très légère mobilité se manifeste-t-elle.

La coloration de toutes les dents est normale.

Commençons par pratiquer la percussion verticale, vous voyez que cette exploration ne provoque aucune sensibilité dans les dents sauf dans la première grosse molaire supérieure où la malade accuse, par comparaison seulement, tellement cette sensibilité est minime, une très légère sensation. A la percussion transversale, les réactions sont les mêmes, insensibilité absolue de toutes les dents, sauf de la même première grosse molaire où, par comparaison toujours, la malade accuse une légère sensibilité.

Explorons la sensibilité au froid ; pour cela, comme vous le voyez, je prends un petit tampon d'ouate sur lequel je pulvérise du chlorure d'éthyle et je vais, avec ce tampon, toucher successivement toutes les dents de la région. Alors que cette exploration n'éveille aucune douleur dans les autres dents, elle provoque une sensation très vive quand nous la pratiquons sur cette même première grosse molaire supérieure droite.

Ainsi donc, les seuls symptômes que nous constatons chez cette femme sont les suivants : 1° des crises douloureuses violentes dans la région des molaires supérieures du côté gauche ayant débuté par de la sensibilité au froid et au chaud ; 2° une légère sensibilité de la première grosse molaire supérieure gauche à la percussion verticale et à la percussion transversale, légèrement plus marquée avec

cette dernière ; 3° une sensibilité vive de cette dent au contact du froid.

Ces différents symptômes, tous subjectifs remarquez-le, sont bien faibles et cependant, reconnus méthodiquement et minutieusement comme nous venons de le faire devant vous, ils vont vous permettre de poser notre diagnostic et de pratiquer le traitement capable de faire disparaître les douleurs épouvantables qu'éprouve cette malade.

En effet, les symptômes observés sont ceux qui accompagnent l'évolution de la pulpite et, bien que cette dent ne présente que de faibles signes de périodontite expulsive (léger déchaussement à sa face palatine), il s'agit, comme je vais vous le démontrer, *d'une pulpite sans carie de la première grosse molaire supérieure gauche due à la périodontite expulsive.*

Par quel mécanisme s'est produit cette inflammation de l'organe central de la dent ?

La périodontite expulsive peut provoquer l'altération de la pulpe par deux mécanismes : d'une part, en provoquant dans cet organe des troubles trophiques s'accompagnant soit de phénomènes de calcification, soit de phénomènes congestifs ; d'autre part elle peut altérer la pulpe en provoquant une infection rétrograde de celle-ci par une infection exogène au niveau de l'apex. La première forme peut s'observer sur toutes les dents, la seconde ne s'observe que sur les dents multiradiculaires car elle nécessite la destruction du ligament radiculaire depuis le collet jusqu'au niveau de l'apex ce qui est incompatible avec la persistance sur le maxillaire d'une dent uniradiculaire.

Or, c'est à cette seconde forme d'altération pulpaire que nous avons à faire ici. Remarquez en effet que, si la face palatine des molaires est légèrement déchaussée chez cette malade qui est âgée de 45 ans, la première grosse molaire que j'incrimine est celle qui présente le déchaussement le plus marqué. Si, par la pression au niveau de la racine, nous n'observons pas de suppuration notable, la racine n'en est pas moins profondément dénudée comme le montre cette

sonde fine que je puis enfoncer profondément le long de la racine palatine dans la direction de l'apex.

C'est donc par cette voie que s'est faite l'infection pulpaire : le ligament de cette racine s'étant trouvé détruit jusqu'à l'apex, l'infection qui accompagne cette destrution s'est propagée à ce niveau au rameau pulpaire de la racine ; c'est à ce moment que la malade a senti les premières atteintes de son mal sous forme d'une sensibilité au contact des liquides froids ; puis très rapidement ce filet radiculaire s'est gangréné et l'infection, suivant le canal palatin a gagné la pulpe coronaire où elle détermine actuellement une inflammation et des douleurs d'autant plus vives qu'aucune issue n'est possible à la masse pulpaire congestionnée.

Ce diagnostic et ce mécanisme vont se trouver, je le pense, justifiés au cours de l'intervention que nous allons pratiquer immédiatement et qui va consister dans la trépanation de la dent et l'extirpation de la pulpe altérée.

Prenons un foret bien aiguisé et au centre de la face triturante de cette molaire allons ouvrir la chambre pulpaire. Cette perforation, faite sans anesthésie, n'est pas insensible vous le voyez, cependant elle est moins douloureuse que s'il s'agissait d'une dent à pulpe saine où la douleur serait intense.

Mon foret vient de traverser la chambre pulpaire ; une douleur un peu plus vive s'est manifestée, vous l'avez vu à ce moment, mais, en même temps, j'ai pu percevoir et la malade également une odeur de putréfaction très marquée dont mon instrument est comme vous pouvez le constater fortement imprégné.

Ouvrons maintenant largement la chambre pulpaire.

Nous constatons que le contenu du canal palatin est complètement dépourvu de sensibilité et qu'il exhale une horrible odeur de gangrène. Au contraire, comme vous le voyez, il y a une sensibilité très nette lorsque nous avançons vers la partie vestibulaire de la chambre pulpaire et cette sensibilité s'accentue au niveau des canaux. Vous voyez enfin

maintenant que je viens d'extraire de ceux-ci des filets radiculaires vivants.

Si nous interrogeons notre malade, elle déclare que l'intervention à laquelle je viens de procéder, vient de faire disparaître complètement les douleurs qu'elle ressentait il y a quelques instants encore et dont vous avez pu voir les manifestations avant l'opération. C'est l'application de l'adage latin *sublata causa tollitur effectus*, la cause enlevée l'effet disparaît.

Voilà donc notre malade soulagée, est-elle guérie ? non, ce n'est là que la première partie du traitement. Il va falloir maintenant pratiquer la désinfection de la dent par les procédés employés pour le traitement des caries du 4e degré et, lorsque cette désinfection aura été obtenue, nous pratiquerons l'obturation des canaux et de l'orifice résultant de la trépanation de la dent.

Dans ces cas, il est toutefois une précaution très importante à prendre avant ce travail de désinfection, il faut en effet procéder préalablement à un curage absolu des canaux, particulièrement des canaux vestibulaires où les filets radiculaires étaient vivants, pour ne pas laisser à l'apex la plus petite parcelle de filet pulpaire. En effet, il est à remarquer que, faute de prendre cette précaution, on peut, au bout de quelques jours, voir revenir des douleurs très vives qui ne reconnaissent pas d'autre cause que la présence de débris radiculaires imperceptibles à l'apex puisque leur simple enlèvement par le curage des racines à l'aide de sondes, de beutelrock, etc., suffit pour faire disparaître ces petits retours offensifs qui ne seraient pas sans dérouter un peu des praticiens non prévenus de cette particularité.

Bien entendu, la santé de la dent rétablie de ce côté, il conviendra de traiter la périodontite expulsive, cause première de l'affection, non seulement sur cette dent, mais encore sur toutes celles qui sont atteintes et d'instituer une hygiène locale et générale convenable, complément indispensable du traitement chirurgical.

APPAREIL POUR RÉGULARISER D'EMBLEE PLUSIEURS MALPOSITIONS DE ROTATION SUR L'AXE

Par L. Ruppe,

Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

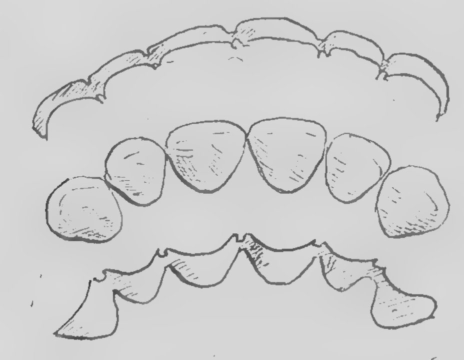
(Communication à la Société d'Odontologie de Paris).

Quand, au cours d'un redressement, les mouvements de vestibulo, disto ou mésio-gression sont terminés, qu'en un mot tous les axes des dents sont en place, on se trouve parfois en présence de dents antérieures irrégulièrement placées. En effet, lorsque les dents antérieures chevauchent elles gardent souvent leur mauvaise position, malgré les manœuvres indiquées plus haut qui leur donnent la place nécessaire à leur épanouissement.

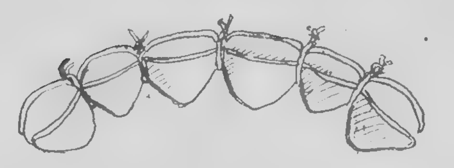
On se trouve donc en face de dents qu'il suffit de faire pivoter sur leur axe pour en obtenir le parfait placement. Cette régularisation est souvent longue et nécessite une série de bagues à crochets.

Nous venons vous présenter un appareil qui simplifie et accélère ce travail.

Voici la manière de le construire :



1° Appareils prêts à placer.



2° Appareils réunis par des ligatures

Quand les axes des dents sont bien en place, on prend une empreinte au plâtre et avant de la couler on place une épingle dans l'axe de chaque dent ; on coule et le modèle retiré on scie chaque dent au collet en respectant l'épingle.

Les dents sont mobiles autour de leur axe : l'épingle — il est facile de les placer dans une position parfaitement régulière et de les y maintenir à l'aide d'un peu de cire collante remplissant le trait de scie.

Ceci fait on estampe, ou on coule sur les faces linguale et labiale de ces dents une plaquette d'or renforcée au niveau des espaces interdentaires et on encoche à cet endroit les deux bords de la plaque avec une lime aiguille.

Ces deux plaques sont polies, les bords bien arrondis et elles sont placées en bouches en les réunissant par des ligatures larges de Angle que l'on vrille fortement en avant.

Les dents sont donc prises dans un étau que l'on serre le plus souvent possible.

La seule difficulté vient de l'articulation, mais il est très rare qu'il soit impossible de placer la plaque linguale surtout si l'opération doit régulariser les dents supérieures les premières.

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

PLACEMENT DES BRIDGES DANS LES DENTS CONVERGENTES

Par J. M. G. Kukay,

Directeur de l'Institut dentaire de post-gradués de New-York.

Système Kukay de bridge-work.

Ce système de fixation est spécialement destiné aux cas de dents en malposition ou convergentes et peut s'employer pour angles de tout degré dans les dents antérieures et postérieures.

Premier cas.

La fig. 1 représente un cas de grande difficulté pour placer un bridge par les systèmes ordinaires.

La fig. 2 représente le corps du bridge, consistant en une bicuspide et une molaire, tout prêt à être placé (ce corps peut être fait en caoutchouc ou en métal).

La fig. 3 représente la couronne à coquille avec support diagonal de Kukay ou alvéole, ce qui donne une glissière parallèle ou à alignement pour le corps du bridge.

La fig. 4 représente le pont partiel amovible, aisément placé en position ; mais si l'on veut un pont fixe, les glissières doivent être cimentées.

2e cas.

La fig. 1 représente un cas dans lequel la position convergente de la 2e bicuspide n'empêche pas d'obtenir un alvéole parallèle ou une glissière dans la même direction que le canal radiculaire central.

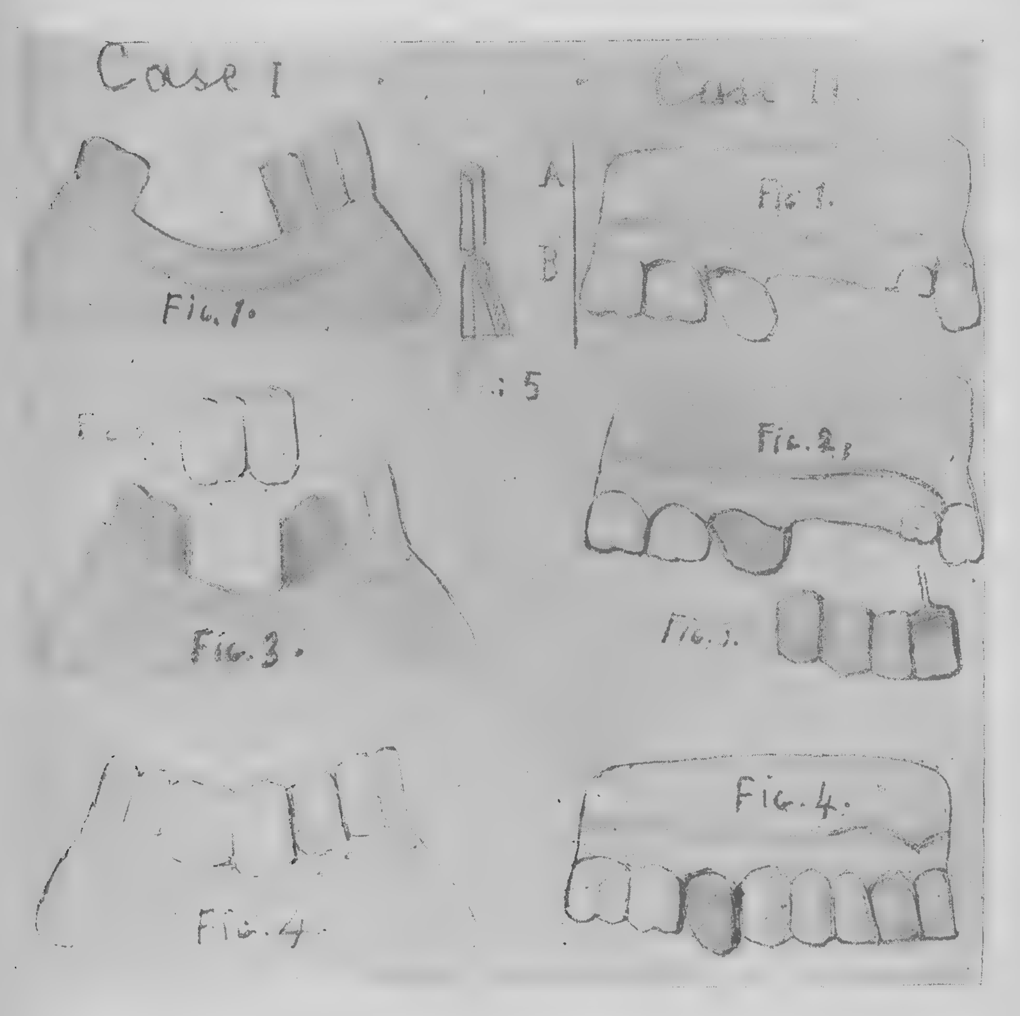
La fig. 2 représente le même cas avec un support diagonal soudé à la coquille d'or sur la 2e bicuspide, prêt à recevoir le corps du bridge.

La fig. 3 représente le corps du bridge, consistant en une couronne centrale Richmond, une latérale, cuspide et bicuspide, avec tube intérieur parallèle au pivot pour glissière parfaite dans l'alvéole de la 2e bicuspide et le canal radiculaire de la centrale.

La fig. 4 représente le bridge fixé en position, mais si l'on désire un bridge amovible, le canal radiculaire de la centrale sera pourvu d'un tube intérieur cimenté.

La fig. 5 représente le support diagonal ou alvéolaire Kukay et

le tube intérieur ou glissière, qui est fait avec des dimensions différentes et des degrés d'angle différents pour donner l'alignement aux bridges à glissière



A, tube intérieur perpendiculaire, faisant partie du corps du bridge B, base de l'invention, consistant en un support diagonal solide qui, une fois façonné au degré d'angle et soudé à la couronne artificielle ou au pivot, donne un alvéole perpendicnlaire ou vertical, pour permettre la glissière ou le placement des bridges.

J'ai placé environ 200 de ces bridges et je considère ce système comme excellent pour tous les cas de bridges amovibles ou fixes.

REVUE DES REVUES

CLINIQUE CHIRURGICO-PROTHÉTIQUE

Par M. Stoppany, de Zurich.

M. Stoppany a présenté au 27e Congrès annuel de la Société odontologique suisse, tenu à Zurich les 7, 8 et 9 juin 1912, un grand nombre de cas de nature chirurgico-prothétique. Un intérêt particulier a été offert par les patients présentant des fissures congénitales palatines opérés ou non opérés, sur lesquels M. Stoppany a montré les résultats fonctionnels extraordinairement favorables obtenus par la prothèse et l'enseignement de la phonation. L'auteur s'est prononcé principalement en faveur de l'opération précoce, qui permet d'espérer des résultats fonctionnels, tandis qu'il réservait les autres cas à la prothèse. Il a montré une fracture de Le Fort avec appareil d'urgence Sauer, une fissure du voile du palais à la suite de noma avec obturateur, une pièce de prothèse modèle Préterre après résection du maxillaire inférieur et d'autres cas de résection de maxillaire avec pièces extensibles.

La plupart des pièces avaient été confectionnées par les étudiants. Le professeur de phonation a une bonne part des succès donnés par les obturateurs. Les patients avec fissures congénitales ont lu avec et sans appareil et ont été un témoignage éloquent de l'habileté du professeur, M. Furrer, formé à l'école Guttmann, de Berlin. L'effet était stupéfiant dans la plupart des cas.

Discussion.

M. Fetscherin. — Nous savions déjà que M. Stoppany fait des choses remarquables en cette matière ; ces présentations ne sont donc pas nouvelles pour nous, elles confirment seulement ce que nous savions. Il n'est pas nécessaire que chacun de nous fasse la même chose dans sa pratique ; cela doit demeurer le rôle du spécialiste. Nous serions reconnaissants à M. Stoppany de nous dire, au cas où nous lui enverrions des patients, si ceux-ci présentent des chances de guérison, combien de temps ils devraient rester à Zurich et quelle serait la dépense du traitement.

M. Stoppany. — Les patients doivent s'engager à rester 3 mois à ma disposition ; mais peuvent partir dès que le traitement est fini. Ils doivent aussi s'engager à suivre le cours de phonation. La dépense est relativement faible : 3 fr. 50 par dent pour la pièce

de prothèse, l'obturateur est gratuit. Si un patient est pauvre, le cours de phonation est gratuit d'ordinaire.

(La discussion terminée, les assistants furent invités par M. Stoppany à examiner séparément les patients à la policlinique dentaire de l'Université.)

(*Schw. Viertel. f. zahn.*, nº 2, 1912.)

THROMBOSE DE LA VEINE SUBLINGUALE APRÈS INJECTION

Par M. Kuhn, de Winterthur (Suisse).

Pendant l'automne de 1911 je fus consulté par une jeune femme bien portante pour lui extraire sous anesthésie locale la molaire inférieure gauche de 12 ans. J'employai du novorénal (en ampoules de 2 0/0, novocaïne 0,02, suprarénine 0,0009, chlorate de soude 1 c ^{3}), dilué dans l'eau stérilisée, en solution à 0, 5 0/0 ; j'en injectai 1 c ^{3}, 5 (0,5 0/0). L'extraction se fit aisément, sans douleur, sans phénomènes post-opératoires.

Deux jours plus tard la patiente revint en me signalant l'enflure de sa langue. Elle me dit qu'en s'en retournant chez elle, après l'opération, elle avait eu la sensation que sa langue enflait et qu'elle ne pouvait plus avaler facilement. Le lendemain elle avait vu dans la glace que sa langue était bleue et c'est pour cela qu'elle était revenue me consulter.

Je fus étonné de l'aspect. Toute la moitié gauche de la langue et la moitié gauche du plancher de la bouche étaient enflées, traversées par d'épais filets nerveux, de sorte que je dus conclure à une thrombose de la veine sublinguale. Je rassurai la patiente, je lui prescrivis des lavages buccaux chauds et un léger badigeonnage avec de l'iode. Il fallut 15 jours pour que tout rentrât dans l'ordre ; mais cela aurait pu se terminer plus désagréablement. C'est le seul cas de ce genre que j'aie observé.

Je ne m'explique pas comment la thrombose a pu se produire. Peut-être la suprarénine en est-elle cause en pénétrant par une petite piqûre faite à une veine.

(*Schw. Vierteij. f. zahn.*, nº 2, 1912.)

REVUE ANALYTIQUE

La tropacocaïne.

D'une étude pharmacologique sur la tropacocaïne due à M. Paul Guillermin nous extrayons les conclusions suivantes :

1° La tropacocaïne est un *anesthésique* de puissance à peu près égale à celle de la cocaïne. En solution à 2 0/0, elle anesthésie plus vite et plus loin que la cocaïne à 1 0/0, mais la durée de l'anesthésie est un peu moins longue. En injection intra-rachidienne (chez les cobayes), la tropacocaïne est, comme la stovaïne, l'alypine et la novococaïne à prédominance paralytique. Néanmoins, l'anesthésie est parfaite mais ne remonte guère au-dessus de l'ombilic.

2° Sur *l'œil* l'action de la tropacocaïne à 2 0/0 dure moins longtemps que celle exercée par la cocaïne à dose égale, l'anesthésie est très complète, la cornée est nettement moins dépolie et l'œil moins dépressible. La mydriase s'observe avec la tropacocaïne mais n'est pas constante et se manifeste moins rapidement.

3° La tropacocaïne est un corps *vaso-dilatateur,* mais son action sur le centre vaso-moteur est peu accentuée.

4° La *toxicité* de la tropacocaïne est faible.

Dans la liste des anesthésiques locaux nous pouvons la placer de suite après la novocaïne et bien avant la stovaïne, l'alypine et la cocaïne.

5° Les *effets cardio-vasculaires* de la tropacocaïne nous montrent que ce corps est relativement peu toxique, vaso-dilatateur il n'a donc pas certains inconvénients de la cocaïne.

Sa faible action sur le cœur le rapproche de la novocaïne. La tropacocaïne est donc un anesthésique local de grande valeur ; peu dangereux à manier, rapide comme action, facile de conservation, pouvant être employé sans adjonction d'adrénaline, il doit être appelé à rendre de grands services dans notre pratique journalière.

(*Revue trimest. Suisse d'Odont.,* n° 2, 1912.)

Le traitement des dents incluses.

Le traitement des dents incluses peut présenter de grandes difficultés : pour les surmonter il faut agir ainsi :

1° Si l'on veut essayer le traitement chirurgical il faut se renseigner exactement sur la position de la dent incluse au moyen de deux radiographies (face et côté).

2° Si l'espace manque il faut en ménager; il est bon d'avoir un espace plus large de 2 à 3 mill. que la dimension de la couronne de la dent incluse afin de faciliter le placement de la couronne.

3° La couronne de la dent incluse est découverte au moyen du sou-

lèvement d'un lambeau assez grand de la muqueuse (méthode de Partsch).

4° Construction et fixation du pivot d'après le genre des incrustations de Dall.

5° Après fixation du pivot et placement de la ligature, la plaie doit être fermée par première intention jusqu'au point de sortie du mince fil de bronze. Cette fermeture prévient une rétraction gingivale et diminue le danger d'infection. Un tamponnement pour maintenir la plaie ouverte n'est pas nécessaire.

6° Grâce au fil dépassant en dehors, l'application et les changements de la traction ont lieu au dehors. Le caoutchouc et la force de la traction peuvent être changés facilement.

7° S'il s'agit de la traction d'une couronne déviée à l'intérieur du palais ou encerclée par des racines, on peut arriver plus facilement au but que par la méthode de Sachs, des tampons de gaze.

8° L'opération est unique : le même appareil sert à l'extension, à la traction, au placement dans la position voulue, au redressement de l'axe et à la rétention.

(G. Hesse, *Labor. et progr. dent.*)

Les inflammations paradentaires.

Par inflammations paradentaires l'auteur entend tous les cas d'inflammation aiguë purulente du périodonte et de ses tissus voisins, qui ne dérivent pas de l'apex radiculaire, mais des néoformations des poches si fréquentes dans la pyorrhée alvéolaire, et en dehors de cette affection qui prennent donc naissance non dans l'intérieur de l'os, mais à l'extérieur de celui-ci.

La pyorrhée alvéolaire est la cause la plus fréquente des inflammations paradentaires, mais il y a des cas où il ne peut être question de pyorrhée et où il y a formation de poches sans pus, par exemple par décollement de la gencive relâchée (personnes âgées par exemple) au niveau de la seconde ou de la troisième molaire inférieure. Les accidents de la dent de sagesse constituent également des inflammations paradentaires, naissant de poches et pouvant simuler une périodontite aiguë purulente.

Il faut bien distinguer ces inflammations de la périodontite venant de l'apex ; dans l'inflammation paradentaire, le gonflement est plus localisé et plus rapproché du bord gingival ; il y a rarement des œdèmes étendus, et le pus sort presque toujours près du collet : il se produit rarement une fistule. L'évolution est rapide.

Le traitement, pour toutes les inflammations paradentaires, est de provoquer l'écoulement du pus en introduisant une fine sonde dans la poche et soulevant la gencive. Le nitrate d'argent enraye rapidement les symptômes aigus. Il faut parfois s'adresser à l'acide fluorhydrique pour obtenir la disparition des poches pour des dents pyorrhéiques à récidives.

(Von Wunschkein, *Rev. trim. belge de stomat.*, mars 1912, p. 59).

Ostéomyélite aiguë du maxillaire supérieur chez un nourrisson de 3 semaines.

L'ostéomyélite du maxillaire supérieur est une affection excessivement rare chez le nourrisson. Dans le cas en question, on observa une tuméfaction considérable du visage surtout à gauche, une température de 40°, avec mauvais état général ; on trouva à gauche les paupières si gonflées par l'œdème que l'œil était totalement fermé et à l'inspection de la bouche le palais saillant jusqu'à la ligne médiane, de même les processus alvéolaires et le maxillaire saillant en avant et tuméfié. Rien d'anormal dans la cavité nasale. On pratiqua une incision au-dessus des processus alvéolaires pour l'écoulement du pus et on constata à l'aide de la sonde l'état de rugosité de l'os ; deux séquestres osseux et deux molaires furent expulsés ; ces deux molaires étaient parfaitement saines.

Les jours suivants la température baissa, la tuméfection et l'œdème diminuèrent et l'état général s'améliora. La semaine suivante on observa encore l'expulsion de deux petits séquestres.

Au bout de 4 semaines on remarqua une voussure au niveau de l'occipital ; il s'y forma un abcès qui fut évacué et il sortit un séquestre de 2,3 centim. Au bout de 7 semaines les deux plaies étaient guéries.

On explique la production de l'ostéomyélite du maxillaire supérieur chez les enfants par la disposition anatomique du sinus maxillaire supérieur ; au moment de la naissance il est constitué par une fente tapissée de muqueuse, et si des germes infectieux pénètrent dans cette fente, il se produit de la suppuration et de la nécrose osseuse.

(H. Fliess, *Arch. f. Kinderh.*, 1912, LVII, p. 349. *Répertoire de Médecine.*)

L'emploi du salicylate de soude comme topique dans les affections buccales.

Dans les affections de la cavité buccale, le salicylate de soude n'a pas seulement une action antiseptique. Il est très utile en diminuant beaucoup la congestion et la douleur ; il agit particulièrement au niveau des gencives. Dans les diverses stomatites mais surtout dans la stomatite aphteuse, dans la pyorrhée gingivale, dans les ulcérations sublinguales de la coqueluche, il constitue le médicament de choix. On l'emploiera surtout sous forme de collutoire un peu concentré, à 3 p. 40.

Salicylate de soude cristallisé..............	3 gr.
Glycérine neutre...........................	30 gr.
Eau de laurier cerise.......................	10 gr.

Cependant dans les affections bucco-pharyngées à spirilles, l'arsénobenzol appliqué localement en poudre sur un tampon d'ouate a un effet antiseptique et presque spécifique, supérieur à celui du salicylate. Les spirochètes sont l'agent infectieux, non seulement dans l'angine de Vincent (où l'arsénobenzol peut s'associer à l'écouvillonnage avec l'eau oxygénée) mais dans la stomatite mercurielle, dans la stomatite ulcéro-membraneuse, dans le noma, au moins pour la majorité des cas.

Lorsqu'une avulsion dentaire a été laborieuse ou accompagnée par l'arrachement de quelques parcelles de maxillaire, de petits tampons imbibés avec la solution au vingtième de salicylate de soude calment presque instantanément la douleur due à la périostite du maxillaire et accélèrent la cicatrisation.

Collutoire ou solution seront toujours employés tièdes.

(Plicque, *Bulletin Médical.*)

Cas de glossite exfoliatrice dépapillante.

Un homme de 35 ans s'était aperçu de la présence de plaques blanches à l'extrémité de la langue; ces plaques, de la grosseur d'un grain de millet, siégeaient tant sur la face supérieure que sur la face inférieure; elles n'étaient pas douloureuses et restaient fixes dans leur localisation et dans leur apparence extérieure. Ce malade était décidé à suivre un traitement spécifique, car on ne pouvait attribuer ces lésions à une cause mécanique.

Les plaques de la face inférieure de la langue dans l'état de projection venaient bien, en effet, en rapport avec les angles des incisives et canines inférieures légèrement en rotation les unes par rapport aux autres, et l'on pouvait attribuer la dépapillation à une irritation de contact; la même cause ne paraissait point pouvoir être invoquée en ce qui concernait les lésions de la face supérieure de la langue. Néanmoins l'observation du malade permit d'observer qu'il avait pris la fâcheuse habitude, en parlant, de projeter sa langue en avant de l'arcade supérieure afin de chercher à atteindre sa moustache qu'il avait fait tailler pour obéir à la mode; les lésions de la face supérieure linguale coïncidaient parfaitement dans cet état de projection, mais seulement dans cet état, avec le bord tranchant des incisives supérieures.

(Bloch, *Rev. de stomatol.*, mai, p. 226.)

Autoplastie du maxillaire inférieur.

Pour réparer une perte de substance du maxillaire inférieur, on peut procéder par prothèse ou par autoplastie. L'auteur publie un cas d'autoplastie, concernant un jeune homme chez lequel on a dû réséquer, dans l'enfance, pour cause de sarcome, la partie médiane du maxillaire inférieur. Les pièces de prothèse appliquées jusqu'alors ne réparaient qu'imparfaitement la perte de substance, parce que les dents, en se développant, avaient pris une direction vicieuse. L'auteur, pour remédier à cet état de choses, pratiqua la résection de la dixième côte sur une longueur de 14 centimètres et, après dénudation de la perte de la substance du maxillaire inférieur, y appliqua la portion de côte réséquée. Il fit l'avivement de la côte et du maxillaire et fixa le fragment implanté par une suture au fil de soie. La situation défectueuse de la denture fut corrigée par le dentiste. La cicatrisation se fit par première intention. L'auteur présenta des radiographies montrant la perte de substance, l'implantation autoplastique et la consolidation curative.

(Gœbel, *Réun. d. natur. et méd. allem.*, sept. 1912. — *Münch. med. Wochenschr.*, 8 oct., p. 2253.)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Matière de revêtement. — Mélanger avec soin 2 vol. de plâtre de bonne qualité, 1 vol. de mica pulvérisé et 1 vol. de poussière de marbre. (*Dent. Cosm.*)

Modèles de plâtre incassables. — Ajouter à de l'eau chaude deux ou trois gouttes de gélatine et mêler vigoureusement avant d'ajouter le plâtre. Cela donne un modèle très dur qui convient parfaitement pour les réparations. (*Dent. Cosm.*)

Enlèvement des sections gingivales des dents à crampons et des dents diatoriques de la vulcanite sans recourir à la chaleur. — Une petite quantité de sulfure de carbone suffisante pour recouvrir la pièce est placée dans un bassin et la pièce est laissée au repos 6 heures ou davantage dans celui-ci. La section gingivale la plus délicate ou les dents les plus délicates se dégageront aisément et proprement sans endommager les jointures ou les crampons. Avec une pointe tranchante la vulcanite peut se retirer des diatoriques.

Le sulfure de carbone est volatil et inflammable ; par conséquent, en enlevant les dents de la pièce, ne pas laisser le bassin près du feu ou d'un jet de gaz. En laissant tremper la pièce, il est bon de tenir le bassin couvert dans un cabinet noir, car le sulfure de carbone a une odeur désagréable. (*Dent. Cosm.*)

Réparation de la digue. — Couper un petit morceau de digue et revêtir de vernis à la sandaraque le morceau à réparer, les presser l'un contre l'autre. Il faut beaucoup de force pour les séparer et c'est parfaitement imperméable à l'humidité. (*Dent. Cosm.*)

Condensation des obturations d'amalgame. — En faisant des obturations à l'amalgame prendre grand soin de la condensation dans la cavité. Se servir de fouloirs à extrémité plate, à serrations ou unis. On ne peut condenser complètement un amalgame dans une cavité avec un brunissoir rond ou à boule. Le fouloir doit être de forme telle que la matière soit portée en avant de celui-ci ou en contact avec la paroi de la cavité. Quand il se forme des grumeaux, au lieu que l'amalgame soit porté contre les parois, il s'en échappe dans tous les sens et, si l'instrument ne remplit pas la cavité convenablement, il n'y a pas condensation.

Le fouloir doit être assez large, mais néanmoins entrer commodé-

ment dans la cavité. S'il est à serrations, tenir celles-ci libres d'amalgame, car celui-ci prend une forme sphérique ; de plus le fouloir doit être oval. Porter d'un mouvement rapide l'amalgame au fond de la cavité, puis commencer le foulage avec un petit fouloir, comme pour l'or. Condenser du centre vers les parois en dirigeant la pointe du fouloir de façon que l'amalgame soit condensé directement contre les parois ; continuer ainsi en ajoutant morceau par morceau, en condensant chaque particule contre les parois jusqu'à ce que la cavité soit totalement remplie ; alors on aura une obturation parfaite, sans vides où l'humidité puisse pénétrer. Après polissage cette obturation durera bien plus que celles faites avec des fouloirs à extrémité arrondie. (*Western Dent. Journ.*)

Enlèvement et réparation d'une couronne télescope. — *Pour l'enlever.* — A l'aide d'une fraise ronde, percez une ouverture sur la face mésio-buccale de la couronne, près de la face triturante, et coupez autant que possible du ciment. Choisissez ensuite un excavateur dont l'extrémité soit de la taille d'une fraise n° 7 ; courbez légèrement l'extrémité de l'excavateur, introduisez-la dans l'ouverture de la couronne et reposez l'extrémité de l'excavateur sur l'extrémité de la racine. Puis élevez lentement la couronne, l'extrémité de la racine étant le point d'appui du levier. De cette façon la racine ne supporte qu'un très léger effort.

Pour la réparer. — Prenez une épingle de coulée qui puisse s'ajuster dans l'ouverture de la couronne, mettez en revêtement et coulez en or. Puis adaptez l'extrémité de cette pièce coulée dans l'ouverture de la couronne. Mettez une très petite quantité de soudure à l'intérieur de la couroune, passez à la flamme jusqu'à ce que la soudure coule. Découpez et polissez. (R. T. Case, *Dental Brief*, août 1912.)

Alun pour les mains moites. — Les praticiens qui transpirent des mains doivent se frotter les doigts avec un pain d'alun pour les rendre sèches. (*Le Laboratoire.*)

Conservation des aiguilles hypodermiques. — Pour empêcher de se rouiller les aiguilles hypodermiques qui ont servi, les conserver dans le lysoforme pur, qui les maintient stériles et exemptes de rouille. (*Schw. Viertel. f. Zahn.*)

Tartre des dents. — On peut prévenir la formation du tartre en frottant de temps en temps les dents avec du sel pulvérisé. En outre, on peut réussir à enlever le tartre déposé sur les dents en les brossant avec un mélange de sel et de charbon en poudre.

SOCIETÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 6 février 1913.

Présidence de M. AUDY.

La séance est ouverte à 9 h. 1/4.

I. — CORRESPONDANCE.

Le secrétaire général communique des lettres d'excuses de la Société odontologique de France, de MM. Roussel, Dreyfus et G. Viau.

Il rappelle que le Procureur de la République, M. Lescouvé, ayant fait une circulaire au sujet de la vente, de l'achat et de l'emploi des anesthésiques, de l'opium et de ses extraits, un membre de la Société, M. Daunis, remarqua que cette circulaire ne mentionnait pas les chirurgiens-dentistes comme pouvant se procurer ces produits et attira l'attention de la Société sur ce fait.

Les chirurgiens-dentistes avaient effectivement été omis de la liste des personnes ayant le droit de prescrire les anesthésiques.

M. Daunis ayant signalé le danger de cette omission, ses observations ont été étudiées par les Conseils d'administration de l'Ecole, de l'Association et par le bureau de la Société d'Odontologie. Il a été décidé de recourir au Conseil judiciaire, Me Ducuing, pour intervenir auprès de M. Lescouvé afin d'obtenir la modification de sa circulaire.

Me Ducuing a bien voulu faire une lettre, qui a été adressée au Procureur de la République.

Le secrétaire général rappelle en terminant qu'une séance de démonstration aura lieu à l'occasion de la réunion de la Fédération dentaire nationale et que des démonstrations y seront faites par les confrères qui désirent s'inscrire.

II. — A PROPOS D'UNE CIRCULAIRE DU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE CONCERNANT LA VENTE DES ANESTHÉSIQUES, PAR Me DUCUING.

Me Ducuing fait une communication sur ce sujet (Sera publiée)

DISCUSSION.

M. le président. — Je crois être votre interprète en remerciant

très chaleureusement Me Ducuing de sa très intéressante communication, qui est presque pour chacun de nous une consultation très documentée sur nos droits et devoirs en ce qui concerne la délivrance des anesthésiques.

M. Godon. — Après les remerciements que vient d'adresser notre président, je ne puis que me joindre à lui pour dire combien nous sommes reconnaissants à Me Ducuing d'être venu traiter devant nous cette question de l'anesthésie extrêmement intéressante pour nous.

Vous voyez que, malgré une loi qui nous semblait précise, on peut encore tourmenter les dentistes dans l'exercice de leur profession.

Vous avez vu cette situation bizarre faite à deux de nos confrères, non pas par un concurrent, non pas par un stomatologiste, peut-être à l'instigation d'un stomatologiste, par un substitut du parquet, par un représentant de la justice qui connaît insuffisamment la loi, qui ne connaît qu'une ordonnance ancienne, mais non pas une loi récente, celle de 1892, et qui vient les poursuivre devant les tribunaux et leur contester un droit qui leur est reconnu depuis 20 ans de pratiquer l'anesthésie.

Ceci comporte une leçon. C'est d'abord la justification, et vous n'en aviez pas besoin, des excellentes leçons de droit médical, de jurisprudence appliquée à l'art dentaire, que nous fait Me Ducuing depuis longtemps. Je ne sais pas si tous nos collègues qui sont ici ont suivi régulièrement, lorsqu'ils étaient élèves, les cours de Me Ducuing, en tous les cas les deux confrères qui viennent d'être poursuivis auraient eu grand intérêt à les suivre. Dès le début ils auraient pu faire arrêter les poursuites dont ils étaient l'objet en s'expliquant au Parquet. C'est un droit inscrit dans la loi et un jugement du tribunal n'a pas le droit de nous le contester.

Et tout à l'heure Me Ducuing nous rappelait les travaux préparatoires de la loi et il cherchait dans ceux-ci les motifs, les indications qui montrent que nous avons bien le droit de pratiquer l'anesthésie. Il nous citait les commentaires du Commissaire du Gouvernement, M. le Prof. Brouardel, et les arguments des membres de la Commission et de ceux qui prirent part à la discussion à cette époque.

Je tiens à vous rappeler également qu'à une de nos séances de réouverture des cours, en 1884, le Prof. Paul Bert disait :

« Si la loi contestait le droit de pratiquer l'anesthésie aux dentistes, mais ce serait injuste, puisque ce sont eux qui l'ont inventée. Ce serait de l'ingratitude », et il rappelait, avec l'autorité qui s'attachait à sa situation de savant et de physiologiste, que c'était un modeste dentiste de Hartford qui avait découvert la première application du protoxyde d'azote

Vous savez tous qu'un de nos collègues, M. Quincerot, a pris l'initiative de faire placer sur une des places de la ville de Paris une statue à ce modeste dentiste américain qui a été le premier à faire usage des anesthésiques.

Je voudrais demander à Me Ducuing, au sujet de cette ordonnance de 1846, s'il ne croit pas qu'elle a été réformée par la nouvelle loi sur la pharmacie qui est à l'étude depuis nombre d'années.

Me Ducuing. — On attendrait pour la réformer que cette loi soit votée.

M. Godon. — Depuis la loi du 30 novembre 1892, c'est-à-dire depuis 20 ans, cette loi sur l'exercice de la pharmacie est à l'étude, et l'on n'a pas encore trouvé le temps de la voter. Or, il était nécessaire que cette loi fût votée pour indiquer d'une manière précise le droit des chirurgiens-dentistes à prescrire des médicaments. Peut-être même serait-il sage de soulever la question en même temps pour la loi et pour le projet.

Il y a des pharmaciens qui ont refusé d'exécuter des ordonnances de dentistes. Je crois que la question n'a pas été tranchée justement parce que la nouvelle loi sur la pharmacie n'a pas été votée encore, par conséquent en nous en tenant à la lettre que vous nous avez conseillée, je crois que le parti le plus sage est de nous borner à une chose qui paraît incontestable, le droit de prescrire des anesthésiques.

Me Ducuing. — Ce droit est incontestable ; mais, à mon avis, il vaut mieux attendre, pour intervenir, le vote de la loi sur la pharmacie.

M. Godon. — J'entends souvent des confrères dire que la loi de 1892 n'est pas bien faite et qu'il serait nécessaire de la réformer sur tel ou tel point.

Eh bien, la loi de 1892, c'est la loi du 19 ventôse an XI réformée, c'est-à-dire que cette réforme a mis plus de 80 ans pour aboutir. Elle est devenue urgente, je m'en souviens en 1879 et 1880. A cette époque tout le monde s'en est occupé. Il semblait alors que la loi allait être votée immédiatement. Eh bien, malgré cette urgence, la loi n'a été votée qu'en 1892, c'est-à-dire 12 ans après.

Une réforme de la loi de 1892 qui ne paraîtra pas aux pouvoirs publics une chose urgente demandera au moins 50 ans.

Me Ducuing. — La loi sur la pharmacie sera peut-être plus rapidement votée.

M. Godon. — Nous devons nous féliciter de l'excellente initiative qu'a prise M. Daunis lors de notre dernière séance, parce qu'elle nous a valu une très belle conférence de notre excellent professeur et conseiller Me Ducuing et ensuite un exposé de nos droits sur un point qui paraît bien déterminé, c'est-à-dire le droit

pour les chirurgiens-dentistes de continuer à prescrire les anesthésiques et pratiquer l'anesthésie pour le plus grand soulagement de leurs malades.

III. — Desquamation buccale profuse simulant la pyorrhée, par M. Mendel-Joseph.

M. Mendel-Joseph donne lecture d'une communication sur ce sujet (Sera publiée).

Discussion.

Le président. — Je ne veux pas laisser passer cette communication sans remercier très chaleureusement l'auteur.

Je voudrais demander à M. Mendel-Joseph s'il n'y avait pas dans son cas particulier une action médicamenteuse, c'est-à-dire une action des produits employés par cette personne pour le nettoyage de la bouche.

Dans certains cas j'ai remarqué que les dentifrices contenant des proportions considérables de salol agissent sur les gencives et même sur la peau. Ce médicament peut chez les personnes sensibles provoquer des lésions ressemblant, dans la bouche, à la leucoplasie ou même à la stomatite ulcéreuse et, sur les lèvres, à l'impétigo ou à l'eczéma. Il serait logique de se demander s'il n'y avait pas une action semblable dans le cas que nous signale M. Mendel-Joseph. Je crois aussi qu'il faut attirer l'attention des patients sur la façon de se brosser les dents. Il y a des personnes qui se brossent les dents d'une façon exagérée, il y en a d'autres qui ne les brossent pas du tout.

Dernièrement une personne vint me trouver pour une gingivite grave provoquée par la présence d'une dizaine de racines infectées sur un côté de sa bouche. Je lui dis que pour désinfecter sa bouche il serait bon qu'elle procédât elle-même à un nettoyage. Or elle est arrivée à provoquer sur la gencive une suite de plaies continues par suite d'un brossage intempestif. Dans ce cas il y avait un peu excès de brossage. Dans le cas que nous signalait M. Mendel-Joseph, il y aurait défaut de brossage, au contraire.

M. Mendel-Joseph. — Cette personne s'est servie pour son hygiène buccale du perborate de soude qui jouit d'une faveur particulière aux Etats-Unis ; ce sel donne naissance à de l'eau oxygénée, production plus ou moins grande, par conséquent est antiseptique. Il n'agit pour ainsi dire pas mécaniquement. Il se dissout très facilement ; mais s'il est utile au point de vue antiseptique, il est insuffisant comme action mécanique. Il est impossible de bien nettoyer les dents si on n'emploie pas de substances susceptibles d'agir mécaniquement sur les dents. Je ne parle pas de substances

corrosives ou nuisibles comme la pierre ponce. Il est toutefois nécessaire d'avoir des substances susceptibles d'agir sur les dents de façon à pouvoir les décaper.

Chez cette personne j'ai vu à la surface des dents une sorte de couche très mince, mais nettement adhérente, impossible à enlever par de simples lavages ou un brossage superficiel.

Quant à l'action du salol, je ne la crois pas bonne.

Le président. — Ce que vous dites du perborate pourrait expliquer cette desquamation, parce que vous savez que l'eau oxygénée a une action néfaste sur les cellules jeunes.

J'ai eu un jour l'occasion de faire une expérience sur une plaie cutanée dont la cicatrisation fut beaucoup retardée par un lavage à l'eau oxygénée ; j'ai su depuis que cela tenait à ce que les éléments anatomiques jeunes sont touchés d'une façon extrêmement sensible par l'eau oxygénée. Il se peut que dans le cas particulier la couche d'épithélium soit détruite tous les jours sous l'influence de l'eau oxygénée qui se dégage du perborate de soude.

Ce sont des expériences à faire. Je crois que ces questions d'agents thérapeutiques au point de vue du nettoyage des dents, du choix du dentifrice sont beaucoup plus importantes qu'on ne le croit journellement et qu'il y a des quantités de dentifrices qui sont plutôt nocifs pour certaines bouches.

M. Mendel-Joseph. — On est toujours libre de prescrire le dentifrice qui convient.

Un membre. — J'ai constaté plusieurs cas d'eczéma de la face déterminés par des poudres dentifrices contenant une forte proportion de salol En supprimant le salol, l'eczéma a disparu.

Le président. — J'ai déjà vu des cas de ce genre.

IV. — Bridges amovibles, par M. Zimmermann.

M. Zimmermann donne lecture de sa communication et soumet quelques spécimens de bridges.

Discussion.

M. Henri Villain félicite M. Zimmermann de son intéressante communication et explique à l'aide de dessins au tableau noir comment il conçoit le biseautage des bagues en vue de la brasure de celles-ci et l'utilité de faire les entrées de tube en entonnoir afin de faciliter l'accès des pivots dans ces derniers et par suite le placement du bridge par le patient.

M. Zimmermann. — Il n'y a pas que deux procédés pour faire des bagues brasées : il y en a trois. Il y a le procédé signalé par M. Henri Villain, il y a celui de mon article et il y a un troisième procédé qui consiste à faire deux biseaux.

Je me suis arrêté à ce procédé des bagues simplement limées à angle parce qu'il m'a donné de bons résultats.

Voici une bague en argent, vous n'avez qu'à l'examiner pour vous rendre compte qu'il n'y a pas de point faible.

Je suis arrivé en Amérique après M. Henri Villain. Peeso semble ne pas généraliser l'emploi de l'entonnoir. Il a fait dans ma bouche un bridge à couronnes télescope. Vous pouvez l'examiner et vous constaterez qu'il n'y a fait aucun entonnoir, qu'il n'a fait aucun arrondi des couronnes télescope.

Voilà 4 ans que cet appareil est en bouche, vous pouvez constater qu'il ne présente aucune mobilité.

M. Henri Villain. — Effectivement M. Zimmermann est allé en Amérique après moi.

Le président. — Nous remercions M. Zimmermann de sa présentation très intéressante et de la discussion qui a suivi sur ce point de pratique. Il est certain que ces petits détails peuvent souvent nous être utiles, c'est par eux que nous arrivons à faire des choses extrêmement précises.

M. Geoffroy. — Je prierai M. Zimmermann de bien vouloir nous expliquer comment il fait ses appareils creux.

M. Zimmermann. — Je l'ai signalé en détail dans *le Laboratoire.* C'est très simple. La dernière plaquette soudée, c'est-à-dire celle qui est contre les porcelaines, n'est soudée qu'à sa partie inférieure. A l'intérieur, toute la partie qui existe entre la plaquette et les contre-plaques soudées sur la selle se remplit de ciment et le long des porcelaines, ce sont des aurifications. Vous n'avez qu'à regarder sur mon bridge, on reconnaît très bien la place des aurifications.

M. Henri Villain. — La couronne télescope avec ailettes présente l'avantage de faire l'appareil creux pour qu'il pèse moins.

M. Zimmermann — La différence de poids n'a pas d'importance. Elle est très minime

V. — Appareil permettant de régulariser d'emblée plusieurs malpositions de rotation sur l'axe, par M. Ruppe.

M. Ruppe donne lecture de cette communication insérée page 246 et ajoute : Après avoir placé les molaires aussi bien dans le sens frontal que sagittal, il restait, comme vous pouvez le voir sur ce modèle, à rectifier la position des incisives supérieures qui étaient en rotation sur l'axe. Comme vous le savez la régularisation de ces malpositions est assez longue, il faut mettre des bagues sur chaque dent, tirer un côté mésial ici, un côté distal là, c'est souvent long et difficile.

Dans l'empreinte au plâtre que voici, avant de la couler, j'ai

mis dans chaque dent une épingle exactement dans l'axe. Sur le modèle coulé j'ai scié chaque dent au niveau du collet. De cette façon les dents étant mobiles sur leur axe, je peux les placer dans n'importe quelle position et je choisis la bonne que l'on garde en coulant un peu de cire collante pour remplacer le trait de scie. Sur les surfaces labiale et linguale on coule ou l'on estampe les plaques que voici, auxquelles on fait subir un polissage avec des bords bien arrondis. On fait ensuite une série d'échancrures pour laisser passer des fils d'Angle que je vrille à la partie antérieure. Il est naturel que les dents étant prises comme dans un étau et serrées par la torsion des fils viennent s'appliquer contre les parois des deux plaques et se mettre dans la position désirée. (M. Ruppe montre aux membres de la Société ses modèles.)

Le président. — Nous remercions M. Ruppe de sa présentation. Nous espérons qu'elle constituera un exemple pour que, lors de nos prochaines séances des confrères nous apportent des tours de main, des procédés nouveaux. C'est, je le répète, par ces détails d'apparence peu importants que nous nous rapprochons souvent de la perfection.

La séance est levée à 11 h. 5.

Le secrétaire général,
R. LEMIÈRE.

REUNIONS ET CONGRÈS

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

SESSION DE STOCKHOLM, AOUT 1912.

(Suite et fin.)

Rapport de la Commission d'enseignement[1].

Honorés confrères,

Les délibérations de la Commission d'enseignement à sa session de Londres en août 1911 se résument à trois résolutions, dont deux comprenaient les conclusions de la Commission sur deux questions pédagogiques fondamentales en enseignement dentaire.

La première a trait à la disparition graduelle du système préceptoral, c'est-à-dire de l'enseignement privé comme moyen reconnu de préparation à la pratique dentaire, et à la recommandation par la Commission de la méthode technique, c'est-à-dire l'enseignement mécanique dans les écoles dentaires.

La seconde exprime la conviction de la Commission que cette méthode technique peut être utilisée de façon à développer le sens artistique et l'habileté manuelle et qu'il est du devoir des écoles dentaires d'organiser leur enseignement de manière à atteindre ce but.

La troisième prévoit la création d'une sous-commission de méthodes pédagogiques chargée d'examiner en détail les procédés d'enseignement en usage dans les divers pays et le degré d'instruction théorique qui doit accompagner l'instruction pratique et de faire un rapport à ce sujet à une session ultérieure.

MM. G. Villain (Paris), Guy (Edimbourg), Gilmour (Liverpool), Bebb (Californie) ont été nommés membres de cette sous-commission, présidée par le président de la Commission d'enseignement.

Ainsi que je l'ai exposé dans mon rapport à la session de Londres le travail de la Commission est arrivé à ce point que, dans la session de Bruxelles (1908), on a pu adopter le rapport d'une sous-commission sur le programme maximum et le programme minimum d'études et recommander définitivement l'adoption de ces programmes par les écoles dentaires.

Comme conséquence logique de l'adoption du rapport de cette dernière sous-commission à Bruxelles, la question subsidiaire du procédé d'enseignement le plus efficace quant aux matières de ces programmes dut être abordée en premier. Le côté pédagogique de la question, c'est-à-dire l'étendue et la nature du programme,

1. Ce rapport arrivé trop tard à Stockholm, n'a pu être soumis à la discussion.

restait à régler définitivement ou, comme le disait le président Sauvez dans son discours d'ouverture à Bruxelles, il fallait que la Commission exprimât ses vues sur *la valeur des divers procédés d'enseignement.*

Dans ce but j'ai soumis à votre attention deux questions que vous avez examinées dans la session de Londres (1911): 1° la valeur relative du système préceptoral opposé à l'enseignement donné dans les écoles dentaires par les professeurs et des instructeurs spécialisés dans les procédés d'enseignement dentaire.

Les résultats de vos délibérations sur ce sujet sont exprimés dans la première résolution ci-dessus, par laquelle la Commission recommande l'abandon graduel de l'enseignement privé et son remplacement par l'enseignement donné par des professeurs spécialistes dans les écoles dentaires.

La deuxième proposition que la Commission eut à examiner est la possibilité d'utiliser l'enseignement manuel ou méthode objective d'instruction au laboratoire pour le développement de la dextérité manuelle et l'éducation du sens artistique. La Commission a exprimé son opinion affirmative sur ce sujet par la seconde résolution. Une sous-commission a été nommée pour exposer nos vues sur le côté pédagogique du programme que nous avons recommandé.

C'est avec regret que je suis empêché non seulement d'assister à la présente session, mais encore de vous faire un rapport sur les travaux de la Commission. Des circonstances exceptionnelles n'ont pas permis à votre président de s'occuper de rassembler les nombreux renseignements nécessaires, de les classer et de les résumer. Je suis obligé, par conséquent, de demander votre indulgence et de solliciter un délai pour la préparation d'un nouveau rapport sur ces travaux.

D'une étude des délibérations de la Commission touchant les questions fondamentales présentées dans mon rapport à la session de Londres, il résulte que toute tentative d'unification des méthodes pédagogiques d'instruction des étudiants en dentisterie doit nécessairement rencontrer des critiques, pour ne pas dire des objections, provenant de la variété d'opinions et d'expériences de la part de ceux qui s'occupent d'enseignement dentaire. Par exemple en Angleterre où le système préceptoral est encore un moyen reconnu d'enseignement il serait difficile d'obtenir la suppression immédiate de ce système et de le remplacer par l'enseignement exclusif dans les écoles dentaires. D'autre part, en Amérique, où l'enseignement manuel ou de laboratoire a été extrêmement développé, on demande le retour dans une plus large mesure à l'enseignement théorique ; cette tendance résulte de la nécessité reconnue d'inculquer dans l'esprit des étudiants une connaissance

plus complète des principes scientifiques fondamentaux de leur travail. De sorte que quand nous considérons l'application des méthodes pédagogiques au programme maximum et au programme minimum, que la Commission a recommandée aux écoles, nous nous trouvons en présence des difficultés provenant de l'indétermination de la proportion qui doit exister entre l'enseignement purement théorique et l'enseignement pratique ; et une nouvelle difficulté provient de l'absence d'une définition précise de l'enseignement théorique par rapport à l'enseignement technique.

Si l'on entend par enseignement théorique celui qui est donné dans les cours, et par enseignement technique l'instruction explicative qui doit accompagner l'enseignement démonstratif du laboratoire, on ne peut appliquer le terme enseignement théorique qu'à l'exposé des principes scientifiques fondamentaux du haut d'une chaire. Cette division doit être purement arbitraire, car dans le sens le plus large de ce qu'on appelle méthode d'enseignement manuel, l'idée principale suggérée par cette expression que c'est un enseignement exclusivement manuel a été tout à fait obscurcie par ce fait que l'idée d'enseignement manuel dans son essence est primitivement un système d'instruction de l'esprit par le moyen de la main, comme organe de perception, et que, dans une conception plus large des principes, l'enseignement manuel est un système objectif d'instruction qui utilise toutes les facultés de perception pour l'éducation de l'esprit.

Dans cette opinion l'enseignement théorique et l'enseignement pratique sont corrélatifs et dépendants l'un de l'autre, car si, d'un côté, aucun système d'enseignement au laboratoire ne peut avoir de valeur pratique s'il n'est pas accompagné d'explications théoriques par le professeur, de même l'instruction théorique par le cours dans une science physique ou biologique quelconque exige l'aide de démonstrations objectives pour le compléter. Par conséquent la distinction entre l'enseiguemeut théorique et l'enseignement technique doit rester arbitraire et les principes applicables à l'instruction doivent s'appliquer aussi bien à l'un qu'à l'autre.

On peut être né pour le professorat, comme on naît poète ; mais le besoin de bons professeurs dépasse tellement le nombre des hommes nés pour le professorat qu'il faut créer un recrutement de professeurs et ne pas créer ceux-ci empiriquement ou au hasard, mais par des méthodes d'enseignement habilement et intelligemment dirigées. La dentisterie a recruté jusqu'à présent ses professeurs dans un corps d'hommes qui se sont plus ou moins choisis eux-mêmes, dont les goûts, les inclinations ou les ambitions les ont amenés à adopter l'enseignement qui se présentait comme un débouché à leur vocation de praticiens ; mais un très petit nombre

de nos professeurs se consacrent exclusivement à l'enseignement et s'y sont spécialement préparés en se familiarisant avec les principes pédagogiques qui sont fondamentaux pour les systèmes d'enseignement.

Le besoin croissant de praticiens dentistes habiles pour les soins dentaires à donner au public nous amènera à nous préoccuper très sérieusement de la formation de professeurs dentaires se consacrant uniquement à l'enseignement afin que le niveau général du savoir de la génération future de praticiens dentistes soit ce que peut attendre le public. Il faudra donc que cette formation fasse partie de l'enseignement dentaire soit dans des écoles spéciales de pédagogie dentaire à créer, soit dans des cours spéciaux à organiser par les écoles dentaires existantes. La création de ces cours concentrerait l'attention des professeurs dentaires actuels sur les principes scientifiques fondamentaux de l'enseignement dentaire, rehausserait le rôle de professeur dentaire au point d'attirer beaucoup d'excellents sujets dans cette carrière, amènerait le perfectionnement de nos méthodes d'enseignement au point d'en éliminer tous les procédés empiriques employés et établirait notre système d'enseignement sur une base plus rationnelle et plus scientifique.

J'estime que la Commission devrait s'occuper d'harmoniser nos procédés d'enseignement en les basant sur les principes pédagogiques fondamentaux de toutes les méthodes d'enseignement et de stimuler la préparation à l'enseignement dentaire comme spécialité professionnelle avant de discuter en détail les meilleurs procédés pour enseigner aux étudiants les méthodes techniques innombrables qui constituent le programme d'étude.

Les procédés opératoires et mécaniques changent constamment dans notre profession. La dextérité manuelle nécessaire à ces opérations peut s'acquérir rapidement ; mais le pouvoir directeur qui mettra l'étudiant à même d'utiliser cette habileté appartient au professeur.

Il semble que dans le problème de l'enseignement dentaire nous avons attaché trop d'importance aux matières du programme et pas assez à l'instruction du professeur. Je vous propose donc de recommander que chaque école dentaire, en outre de l'instruction qu'elle donne aux étudiants, ait un cours de pédagogie dentaire destiné à perfectionner des professeurs et à former des maîtres se consacrant exclusivement à l'enseignement de l'art dentaire.

Je demande que la Commission accorde un délai suffisant pour que la sous-commission des méthodes pédagogiques puisse lui présenter un rapport plus détaillé sur les questions qui lui ont été renvoyées.

EDOUARD C. KIRK, président.

Commission de bibliographie et de documentation.

Ainsi que cela a été dit dans le rapport présenté à Londres, la Commission a demandé à chaque Société affiliée à la F. D. I. des dons de livres, traités, thèses, etc. pour la bibliothèque de la Fédération. Les résultats n'ont pas répondu à l'attente. Cependant il y a lieu de remercier un certain nombre de donateurs.

La Commission a envoyé cette année à 108 journaux dentaires une note pour leur demander de lui faire le service gratuit et pour les prier de porter à la connaissance de la profession qu'elle accepte tous livres, journaux, brochures, catalogues, gravures, photographies, relatifs à l'art dentaire afin de constituer dans ses locaux, 3 *bis*, rue de la Régence, Bruxelles, une bibliothèque pouvant être consultée par les dentistes du monde entier.

Beaucoup de journaux ont inséré cette note et 32 d'entre eux envoient depuis régulièrement leurs numéros à la Commission, savoir : 8 allemands ; 6 américains ; 4 anglais ; 5 français (*Journal odontologique de France, Le Laboratoire, Le Monde dentaire L'Odontologie, Revue générale d'art dentaire*) ; 1 espagnol ; 2 belges ; 1 hollandais ; 1 italien ; 1 russe ; 1 uruguayen ; 1 colombien ; 1 cubain.

La bibliothèque est donc a présent bien pourvue de périodiques et la F. D. I. peut se féliciter de son brillant début.

La Commission se propose d'adresser un autre appel à la presse, elle se tiendra au courant de toutes les publications nouvelles et espère pouvoir l'an prochain posséder la liste de tous les journaux dentaires du globe.

La Commission s'est affiliée à la Commission centrale de l'Union des Associations internationales, comprenant 132 organisations. On a reconnu la nécessité de centraliser le mouvement international et de s'efforcer par tous les moyens d'étendre les relations et l'action commune de toutes les associations représentant ce mouvement, chacune dans sa sphère. Son premier devoir est de rechercher le moyen d'obtenir la coopération et l'entente sur les questions d'unification, de nomenclature, de terminologie, de documentation et de publications internationales.

Pour étendre ses services, la Commission a prié les représentants de la F. D. I. de désigner dans chaque pays un membre pour participer à son travail. MM. Kirk (Philadelphie), Ottesen (Christiania), Van der Hœven (La Haye), Forberg (Stockholm) ont offert leur concours à cet égard.

Nous proposons comme membres de la Commission MM. Ramberg (Stockholm); Frank (Rotterdam) ; Joachim (Bruxelles) · Henrichsen (Norvège) ; Riethmuller (Philadelphie).

Nous attendons les réponses d'un certain nombre de pays.

HUET, président.

CONGRÈS DENTAIRE ROUMAIN

Le premier Congrès de l'art dentaire tenu en Roumanie a été inauguré le 3 mars sous la présidence de M. Marcovici. M. Rigani, inspecteur du Service sanitaire, avait été délégué par le directeur général de ce Service, pour le représenter.

M. Rigani a assuré le Congrès de toute la sympathie de M. Mina Minovici, directeur de ce Service, et ajouté que les circonstances ne permettaient aucune modification de la loi sanitaire, quoique certaines questions vitales exigent une solution.

MM. Elfant et *Ernest Lempart* protestent contre toutes modifications à introduire dans la loi sanitaire.

M. Marcovici propose et fait approuver le texte de trois télégrammes destinés, le premier au Roi, le second au ministre de l'Intérieur et le troisième au directeur général du Service sanitaire pour formuler et faire valoir ces protestations.

MM. Mariesco et *Elfant* s'élèvent, avec énergie, contre la façon dont se recrutent aujourd'hui les dentistes.

M. Eichenbaum propose la création d'une clinique dentaire près la faculté de médecine de Bucarest.

Plusieurs assistants ayant proposé la formation d'un syndicat des dentistes, le Congrès approuve et élit le bureau de ce Syndicat qui est composé de MM. Marcovici, Barmanesco, Mariesco, Eremia, E. Lempart, Kraïnic, Eichenbaum, Lazarovici et Butter.

Le Congrès a été clôturé à 6 heures par un discours de M. Marcovici.

A 8 heures et demie du soir, ses membres se sont retrouvés au banquet, qui a eu lieu dans les salons Capsha, et au cours duquel M. Marinesco a réuni 170 francs, au bénéfice du fonds pour la flotte nationale.

INTERÊTS PROFESSIONNELS

. LE SERVICE MILITAIRE ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES

Le Bureau de la Fédération dentaire nationale a demandé au Ministre de la Guerre une audience pour l'entretenir de la situation faite actuellement aux chirurgiens-dentistes au point de vue militaire et des mesures qui lui paraissent devoir être prises pour y remédier, dans l'intérêt général de l'armée et de la profession. Ces mesures pourraient intervenir à l'occasion de la discussion par le Parlement du projet de loi déposé pour augmenter la durée du service militaire.

Nous reviendrons d'ailleurs sur cette question.



Nous apprenons que notre confrère, M. le prof. Cavalié, de Bordeaux, est venu à Paris, avec une délégation d'étudiants en chirurgie dentaire, demander une audience au Ministre de la Guerre pour le même motif.

A l'occasion de la présence à Paris de cette délégation, une réception lui a été offerte à l'Ecole dentaire de Paris le 15 mars. M. Cavalié et la délégation ont été reçus par M. L. Lemerle, vice-président, remplaçant M. Godon, en congé, M. Blatter, directeur adjoint et plusieurs membres du Conseil d'administration et du corps enseignant.

LOI RÉORGANISANT LE CORPS DES CHIRURGIENS-DENTISTES ATTACHÉ AU SERVICE MÉDICAL DE L'ARMÉE DES ÉTATS-UNIS

(du 29 janvier 1908)

I. — Il est attaché au Service médical de l'armée un corps de chirurgiens-dentistes dont le nombre ne dépassera pas les besoins réels ni la proportion de 1 pour 1000 dans l'armée régulière, et les nominations dans ce corps seront faites avec le grade de lieutenant en premier.

II. — Les praticiens ainsi nommés doivent être citoyens américains, âgés de 22 à 30 ans, diplômés d'écoles dentaires américai-

nes, de bonnes vie et mœurs. Ils devront subir un examen physique et un examen professionnel comprenant des épreuves de dentisterie pratique et la connaissance des matières enseignées dans une école dentaire.

Les chirurgiens-dentistes attachés au Service médical de l'armée au moment de la promulgation de la présente loi pourront être nommés, 3 au grade de capitaine et les autres au grade de lieutenant en 1er, sur la proposition du chirurgien général, et soumis à l'examen physique et à l'examen professionnel précités.

L'examen professionnel peut être supprimé pour les chirurgiens-dentistes dont les notes et l'examen d'entrée sont jugés satisfaisants par le chirurgien général, et le temps passé au service comme chirurgien-dentiste conformément à la loi du 2 février 1901 comptera pour le calcul de l'augmentation de solde des praticiens nommés conformément à la présente loi.

III. — La solde, les indemnités et les promotions des chirurgiens-dentistes seront fixées et régies par les lois et règlements applicables au corps médical. Leur droit à l'avancement s'arrêtera au grade de capitaine après 5 ans de service et au grade de major après dix ans.

Le nombre des majors ne devra en aucun cas dépasser 1/8 et celui des capitaines 1/3 du nombre total des membres du corps dentaire.

IV. — Le chirurgien général de l'armée est autorisé à organiser pour faire subir les examens professionnels précités un jury de trois examinateurs, dont l'un sera un chirurgien de l'armée et dont les deux autres seront choisis par le chirurgien général parmi les chirurgiens-dentistes liés par contrat et susceptibles d'être nommés dans le corps dentaire conformément à la présente loi.

V. — L'annulation des contrats passés avec des chirurgiens-dentistes conformément à la loi du 2 février 1901 sera prononcée et réglée par le chirurgien général de telle manière que le nombre des chirurgiens-dentistes liés par contrat et commissionnés étant au service ne soit en aucun cas inférieur à 30.

(*Dental Cosmos*, mars 1908, p. 302.)

LOI
CRÉANT UN CORPS DE CHIRURGIENS-DENTISTES DANS LA MARINE DES ÉTATS-UNIS

(du 22 avril 1912).

I. — Il est créé un corps médical de réserve qui fera partie constituante du Service de santé de la marine et qui sera régi par les dispositions organiques créant un corps médical de réserve de l'armée de terre dans la loi du 23 avril 1908 relative à l'augmentation du corps médical de l'armée de terre des Etats-Unis.

II. — Il est créé 30 postes de chirurgiens-dentistes assistants qui feront partie du Service de santé de la marine des Etats-Unis, pour donner des soins au personnel de la marine et pour remplir toutes autres fonctions qui leur seront assignées par les autorités compétentes.

III. — Toutes les nominations primitives autorisées par la présente loi seront faites par le secrétaire du Département de la marine avec le grade de chirurgien-dentiste assistant ; les sujets nommés devront être citoyens américains, âgés de 24 à 32 ans et diplômés d'écoles dentaires ou d'écoles de médecine, instruits dans les diverses branches de la dentisterie, de bonnes vie et mœurs et avoir une bonne réputation professionnelle. Avant leur nomination ils passeront un examen physique, professionnel, comprenant des épreuves de dentisterie pratique, la connaissance des matières enseignées dans une école dentaire et la connaissance des autres matières d'instruction générale exigées pour entrer dans le corps médical de la marine.

IV. — A l'expiration des 3 ans qui suivront la promulgation de la présente loi tous les chirurgiens-dentistes assistants comptant deux ans de services ou plus comme tels depuis leur nomination primitive subiront l'examen physique et l'examen professionnel fixés par le secrétaire du Département de la marine pour déterminer leur aptitude à être commissionnés dans la marine. S'ils sont jugés aptes, ils seront nommés en cette qualité avec le grade de lieutenant en second, dans l'ordre de réception déterminé par l'examen professionnel.

V. — Après l'examen fixé par l'article 3, les chirurgiens-dentistes assistants nommés ultérieurement feront un stage de 3 ans, à l'expiration duquel ils subiront les examens fixés par le secrétaire du Département de la marine pour déterminer leur aptitude à être commissionnés dans la marine. S'ils sont jugés aptes, ils seront nommés chirurgiens-dentistes assistants avec le rang de lieutenant en second.

VI. — Si un chirurgien-dentiste assistant échoue dans les examens prescrits par la présente loi, il sera licencié ; de plus, la nomination d'un chirurgien-dentiste peut en tout temps être révoquée par le secrétaire du Département de la marine.

VII. — Les chirurgiens-dentistes nommés en vertu de la présente loi auront le rang et la préséance accordés aux membres du corps médical de la marine et ne pourront commander, dans le personnel de la marine, que les chirurgiens-dentistes et les hommes désignés pour leur servir d'auxiliaires.

VIII. — Les officiers du corps dentaire toucheront les mêmes soldes et indemnités que les officiers du grade correspondant et ayant le même nombre d'années de service du corps médical de la marine.

IX. — Les officiers du corps dentaire auront droit à la retraite comme ceux du corps médical.

X. — Le secrétaire du Département de la marine est autorisé à nommer à titre temporaire les chirurgiens-dentistes convenablement qualifiés quand cela sera nécessaire pour les besoins et la santé du personnel naval.

Toutefois le nombre total des officiers du corps dentaire et des dentistes temporaires ne devra pas dépasser 1 pour 1.000 du personnel naval et de l'infanterie de marine.

Les nominations temporaires pourront être rapportées en tout temps et n'auront d'effet légal que pour le temps où le dentiste sera en activité et ne donneront aucun droit à la retraite.

XI. — Toutes les nominations, sauf celles des dentistes temporaires, seront faites par le président, sur l'avis et le consentement du Sénat.

XII. — Toutes lois ou dispositions contraires à la présente loi sont abrogées.

Les examens et qualifications exigés pour la nomination dans le corps de réserve précité et le corps dentaire pourront varier pour s'adapter aux diverses branches de l'art de guérir ou de la spécialité chirurgicale à exiger des spécialistes, et ces spécialistes pourront être groupés, à la discrétion du secrétaire du Département de la marine.

Le nombre total des chirurgiens-dentistes à nommer pour constituer le corps de réserve médical et le corps dentaire précité en service actif ne dépassera pas le chiffre fixé par le dit secrétaire comme réellement nécessaire aux besoins de la santé du personnel naval et de l'infanterie de marine. En temps de paix ce nombre ne dépassera pas 1 officier dentaire pour 1.000 hommes de ce personnel. (*Dental Cosmos*, novembre 1912.)

HYGIÈNE

COMITÉ NATIONAL FRANÇAIS D'HYGIÈNE DENTAIRE

RAPPORT

SUR LA

création d'un service dentaire d'inspection et de traitement d'urgence par la Mairie du VIII[e] arrondissement de Paris pour les enfants des écoles communales de l'arrondissement.

Par CH. GODON.

Comme vous le verrez par la circulaire ci-jointe la municipalité du 8e arrondissement, sur la proposition de la caisse des écoles, a organisé un service dentaire d'inspection et de traitement d'urgence pour les enfants des écoles communales du 8e arrondissement.

Nous avons pensé que ce nouveau service intéresserait le Comité d'hygiène dentaire parce que, s'il est institué conformément aux idées que nous avons toujours préconisées en matière d'hygiène dentaire, notamment dans notre projet adopté par le Conseil municipal de Paris il y a 25 ans, il est également conforme aux principes défendus par notre comité et au vœu de M. Stackler, médecin inspecteur des écoles du 8e arrondissement, vœu adopté par le Congrès international d'hygiène scolaire tenu à Paris du 2 au 7 août 1910 et qu'il respecte le libre choix du dentiste traitant, réclamé souvent par les sociétés professionnelles.

L'organisation matérielle de ce service est très simple. C'est celle qui a été fournie à l'Administration de la guerre par la Société coopérative des dentistes de France pour ses cliniques régimentaires. Le caisse des écoles a voté le crédit nécessaire, complété par une légère souscription individuelle.

Le local est celui du Dispensaire de la rue de Monceau 13, mis obligeamment à la disposition de la caisse des écoles par le Directeur de l'Assistance publique, M. E. Mesureur.

Le service a commencé à fonctionner dans les conditions indiquées dans la circulaire et dans l'affiche ci-jointe tous les jeudis de janvier de 10 h. 1/2 à midi, grâce au concours gracieux de nos dévoués confrères MM. Lalement, Lempert, Fouques et Villain avec la bonne collaboration des directeurs et directrices des écoles, du chef des bureaux de la mairie, M. Biré, et des sœurs qui dirigent ce dispensaire. 20 à 25 enfants se sont présentés à la consultation

chaque jeudi munis d'une fiche préalablement remplie par eux pour toutes les indications qu'ils pouvaient fournir. Cette fiche a été copiée sur le modèle de celle de l'Ecole dentaire de Paris déjà adoptée par le Ministre de l'Instruction publique dans sa circulaire du 23 mars 1908. Il y a été ajouté au verso les principales prescriptions d'hygiène dentaire extraites de la dite circulaire. Les enfants ont été examinés par le dentiste inspecteur, des signes spéciaux ont été inscrits sur la fiche pour indiquer l'état de dents, fiche que l'enfant a remportée pour la soumettre à sa famille, le talon restant aux archives du dispensaire. Quelques opérations d'urgence (extractions, pansements) ont été faites avec l'autorisation des parents.

L'organisation de ce nouveau service dentaire s'est faite de la manière la plus pratique, et j'estime que cette initiative de la caisse des écoles et de la mairie du 8e arrondissement mérite d'être encouragée et suivie par les autres arrondisements de Paris dans les dispensaires de l'Assistance publique. En conséquence je propose le vœu suivant à l'adoption du Comité.

« Le Comité national français d'hygiène dentaire, réuni le 28 février 1913, émet le vœu que des services dentaires d'inspection et de traitement d'urgence soient créés dans tous les arrondissements de Paris sur le modèle de celui du dispensaire dentaire de la rue de Monceau, créé par la caisse des écoles et la municipalité du 8e arrondisement, dont il approuve l'initiative ; il décide que ce vœu sera transmis à toutes les municipalités de Paris, ainsi qu'aux Comités exécutifs de l'U. F. D. N. et de la F. D. N. »

Circulaire.

Monsieur le Directeur,

Le Comité de la Caisse des Ecoles, justement préoccupé de tout ce qui peut intéresser la santé des enfants des écoles, a décidé d'organiser pour ceux-ci un service d'inspection dentaire analogue à celui que M. le ministre de l'Instruction publique a, par une circulaire du 23 mars 1908, constitué pour les élèves des écoles normales, des internats primaires et des écoles primaires supérieures, complété par un service de traitements d'urgence.

Le service d'inspection, qui fonctionnera tous les jeudis de 9 h. à 10 h. du matin, sera confié à 4 chirurgiens-dentistes de l'arrondissement, qui ont bien voulu prêter gracieusement leur concours ; les élèves qui voudront profiter des bienfaits de ce nouveau service seront examinés gratuitement, 2 fois par an, d'après un roulement qui sera ultérieurement établi.

Les résultats de l'examen seront consignés sur une fiche spéciale qui sera remise aux élèves pour être communiquée à leurs parents et rapportée ensuite à l'école, où elle sera conservée par le chef de l'établissement, afin de permettre au service d'inspection dentaire de

contrôler les soins qui auront pu être donnés à chaque élève en dehors de l'école, conformément aux indications de sa fiche particulière. Car il est bien entendu que les soins dentaires donnés par les chirurgiens-dentistes de la Caisse des Ecoles seront limités à l'examen de la bouche des élèves, à l'indication des dents susceptibles de traitement et, sur la demande des parents seulement, aux soins d'urgence. Les parents devront, pour les soins ultérieurs et le traitement dentaire, s'adresser à des praticiens de leur choix ou à des cliniques et dispensaires gratuits.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de vous rappeler tout l'intérêt qui s'attache à ce que la denture des élèves soit surveillée d'une manière très suivie. Dans sa circulaire du 23 mars 1908, M. le ministre de l'Instruction publique faisait ressortir que « si l'on consulte les documents les plus récents sur la matière, on constate que, par suite » d'une alimentation insuffisante ou nuisible, un petit nombre d'élèves » des divers pays, 5 o/o à peine, a une denture absolument saine, que » la proportion des dents malades s'élève parfois jusqu'à 36 o/o et » qu'elle ne s'abaisse nulle part au-dessous de 14 o/o, de telle sorte » que l'on a pu écrire, que de toutes les maladies, la carie dentaire est » la plus répandue. »

D'autre part, dans son rapport au 3me congrès international d'hygiène scolaire de 1910, M. Stackler, le très distingué médecin inspecteur de nos écoles, signalait la même proportion d'enfants atteints de maladies dentaires et émettait le vœu que la denture des enfants fît l'objet d'une visite au moins semestrielle.

Connaissant toute la sollicitude dont vous entourez les élèves qui vous sont confiés, je ne doute pas qu'en cette circonstance vous n'ayez à cœur de seconder les efforts du Comité de la Caisse des Ecoles et d'aider au développement du nouveau service, à la création duquel MM. les Médecins Inspecteurs des écoles de l'arrondissement ont donné la plus large approbation. Aussi je vous prie de vouloir bien user de toute votre influence auprès des élèves et de leurs parents pour les déterminer à venir en aussi grand nombre que possible aux consultations.

Ci-joint une affiche que je vous prie de vouloir bien apposer dans le vestibule de l'école.

Veuillez agréer, etc.

Le Maire,
Signé : Dr Maréchal.

Affiche.

AVIS

Un service dentaire gratuit d'inspection et de traitement d'urgence fonctionne tous les jeudis matins, de 10 heures 1/2 à midi, au Dispensaire de l'Assistance publique, 13, rue de Monceau.

Les parents qui désirent voir leurs enfants bénéficier des avantages de ce nouveau service sont priés d'en aviser le Directeur ou la Directrice de l'École, qui leur donnera tous les renseignements nécessaires.

Une fiche dentaire sera remise aux élèves, afin de renseigner les parents sur l'état de la denture de leurs enfants et la nature des soins qu'elle nécessite.

Les Adjoints :
J. Sansbœuf, Dr Ch. Godon,
J. Deroste.

Le Maire,
Dr Ph. Maréchal.

DEVIS

pour l'installation d'une Clinique dentaire au Bureau de bienfaisance du VIIIe arrondissement.

1 tour à fraiser complet avec pièce à main 7	70	
1 angle droit n° 2	14	
12 excavateurs { 8 ordinaires à 0,50 / 4 cuillers à 0,65 }	6	60
3 sondes à carie à 0 fr. 70	2	10
8 daviers assortis à 6 fr.	48	
1 pied-de-biche	4	
1 langue-de-carpe	4	50
1 douzaine sondes à canaux	0	75
1 douzaine tire-nerfs barbelés	1	20
40 fraises assorties (ordinaires, coupe-émail, à fissures) prix moyen 0 fr. 40	16	
2 mandrins (1 porte-disque, 1 porte-brosse)	1	50
1 douzaine brosses-pinceaux	0	60
2 miroirs manches nickelés à 1 fr. 50	3	
6 limes à séparer	1	25
1 boîte disques assortis (525)	2	
2 spatules à ciment (1 simple, 1 double)	1	95
2 précelles nickelées à 1 fr. 75 pièce	3	50
3 disques carborundum à 0 fr. 35	1	05
4 instruments à nettoyer à 1 fr. 10	4	40
A reporter	186	40

Report.............	186	40
1 poire à air..........	1	95
1 seringue à lavages..........	1	05
1 plaque verre pour ciment..........	0	60
1 paquet bois de dragonnier..........	0	60
1 brosse à fraises..........	1	75
1 seringue hypodermique tout métal, avec raccords et aiguilles	9	
1 mortier verre avec pilon..........	0	90
1 vis à racines..........	1	90
1 flacon d'amalgame..........	6	50
1 boîte ciment (poudre et liquide)..........	4	50
1 flacon de mercure..........	1	75
1 boîte gutta..........	1	
fauteuil de clinique, complet fonte et bois, siège se levant et s'abaissant, dossier se renversant, têtière, tablette et crachoir.	180	
1 petite pharmacie dentaire..........	8	50
Total.......	406	40

BIBLIOGRAPHIE

A. Soulé, *Histoire de l'art dentaire dans l'antiquité.*
(Un volume de 84 pages, Jouve et Cie, éditeurs).

L'auteur de cet ouvrage qui vient de paraître divise l'histoire de l'art dentaire dans l'antiquité en cinq périodes. Dans la première *L'homme préhistorique,* nous voyons que les dents de nos ancêtres sont semblables entre elles, et semblables également à celles des grands singes pour la denture permanente, exception faite des canines et des petites molaires.

Les dents de l'homme préhistorique présentent rarement trace de carie ; on peut supposer cependant, d'après l'auteur, que l'extraction était déjà pratiquée, étant donné le nombre considérable de crânes édentés trouvés dans les cavernes.

L'auteur passe ensuite en revue toute la genèse de l'art dentaire chez les Egyptiens. Le chapitre suivant contient une étude sur les Chinois et la science médicale de cette époque, qu'il place de front avec celle des Egyptiens. Nous y trouvons toute une série de formules qui ont traversé les siècles ; nous y relevons particulièrement l'emploi de l'arsenic.

Enfin les deux derniers chapitres sont consacrés à l'histoire de l'art dentaire grec et romain ; on y retrouve les citations déjà connues dans les mémoires ayant traité cette question, notamment dans « *le passé de l'Odontologie* », de L. Thomas.

L'ouvrage de M. Soulé contient dix gravures, parmi lesquelles nous remarquons la reproduction photographique d'un appareil de prothèse dentaire encore fixé à une mâchoire trouvée dans un tombeau étrusque remontant environ à 600 ans avant J.-C.

Cet ouvrage est intéressant à lire et constitue une bonne revue générale de nos connaissances actuelles sur la question.

L. L.

VARIA

Les dents de la fiancée... et du fiancé.

Un de nos confrères ayant judicieusement observé que le mariage est un acte grave et qu'il convient d'y regarder à deux fois quand on va se lier pour la vie, les jeunes gens feront bien d'examiner les dents de leur future fiancée avant de demander sa main à ses vertueux parents, et, selon qu'elles seront blanches ou roses, ils devront poursuivre leur attaque ou se hâter de battre en retraite poliment.

En effet, un observateur parisien, dentiste de son métier, a fait sur la dentition des jeunes filles des remarques très intéressantes. Il assure que celles dont les dents ont un reflet rose — rose crevette, exactement ! — seront d'affectueuses épouses. Au contraire, celles dont les dents sont blanches comme la chaux seront des épouses égoïstes, préoccupées surtout de leur toilette, de leurs plaisirs.

Ce serait parfait, si, avec la malice et l'ingéniosité de leur sexe, les demoiselles aux dents blanches n'avaient pas pris la précaution machiavélique de demander au dentiste de leur « rosir » les canines. De telle sorte qu'elles ressemblent toutes à de prochaines « épouses affectueuses ».

Ceci leur donne un avantage considérable sur les hommes, au sujet desquels le susdit observateur formule les appréciations suivantes : « Ceux qui sont pourvus de dents longues, étroites et blanches, feront d'excellents maris. Ceux, au contraire, qui possèdent des dents larges feraient beaucoup mieux pour leur bonheur et celui de leur future épouse, de ne pas quitter l'état de célibataire. »

On a fait remarquer, non sans raison, que les femmes étaient, dans cette affaire, mieux partagées que les hommes, attendu que, si l'on peut « rosir » les dents, il est impossible d'en changer la forme.

Il est vrai qu'on a la ressource de les faire arracher, mais cette solution semblera, sans doute, un peu trop radicale, même aux gens très amoureux, qui se consoleront en se disant qu'après tout, le dentiste n'y connaît peut-être rien.

(*La Tribune de Genève*, 11 décembre 1912.)

Ingestion d'un dentier.

Un diplomate russe a, par suite d'un faux mouvement, avalé trois de ses dents artificielles, qui ont pénétré dans la trachée-artère et dans les poumons. Une opération était impossible ; le prince a expiré après plusieurs heures de cruelles souffrances.

(*Journal de Genève*, 24 novembre 1912.)

La dent du milliardaire.

Depuis qu'il est allé défendre devant le Congrès de Washington les droits de la finance, M. Pierpont Morgan est plus populaire que jamais dans le monde des banquiers et des brokers ; on ne se lasse point de célébrer ses multiples vertus et surtout l'inépuisable charité de ce bourru bienfaisant. Voici, d'après les *Débats*, l'une des anecdotes qui ont le plus de succès dans Wall Street. M. Pierpont Morgan, souffrant d'une molaire, se rend chez son dentiste, qui lui conseille aussitôt une aurification, en raison de cette loi que l'eau toujours s'en va à la rivière. Le praticien, pendant l'opération, blesse un peu son client ; celui-ci, avec l'impétuosité qui lui est naturelle, pousse un cri de douleur et informe assez brusquement le dentiste de son mécontentement. L'autre, sans se troubler, n'essaye même pas de répondre et, pour rompre les chiens :

— La pire misère que je connaisse, dit-il, est celle de la blanchisseuse de ma femme.

— Comment cela ? ânonne le financier d'une bouche endolorie, mais d'un esprit déjà intéressé.

— Son mari est mort, lui laissant treize enfants, dont cinq seulement sont en âge de travailler.

Et le dentiste, d'un pied diligent, se remet à faire tourner sa fraise. Puis, tout en bourrant d'or la molaire du banquier, il bourre son esprit de détails lamentables sur la détresse de sa protégée. Enfin, après une séance particulièrement longue et pénible, M. Pierpont Morgan se lève du fauteuil et prend congé. Le lendemain, le dentiste recevait la lettre suivante :

« Mon cher docteur,

» Vous m'avez fait hier un mal de tous les diables ; mais votre histoire de la veuve et de ses treize enfants m'a aidé à le supporter. Ci-joint un chèque de dix mille dollars que je vous prie de faire parvenir à votre blanchisseuse, en lui disant de ma part qu'elle est folle d'avoir eu treize enfants. »

Les amis de la veuve assurent en effet que maintenant elle est folle de joie.

(*Indépendance belge*, Bruxelles, 28 déc. 1912.)

Le cocaïnisme collectif à Montmartre.

Une grande partie de la séance de rentrée de la Société clinique de médecine mentale a été consacrée à l'étude d'une épidémie de cocaïnisme qui sévit actuellement à Montmartre, dans le monde spécial des établissements de plaisir ouverts toute la nuit.

L'importance et l'étendue de cette épidémie ont eu cette conséquence qu'un nombre imposant de victimes du poison, ayant présenté des troubles intellectuels, sont traités simultanément dans les divers services d'aliénés de la Seine. Les médecins des asiles qui les observent ont eu l'heureuse idée de grouper leurs communications, dont l'ensemble constitue une fort intéressante contribution à l'étude du cocaïnisme.

MM. Briand et Vinchon présentent quatre malades entrées à l'admission de l'Asile clinique à la suite d'incident médico-légal et d'ordonnance de non-lieu ; ces malades sont toutes des priseuses de cocaïne. L'une d'elles présente à l'heure actuelle les symptômes de la paralysie générale ; deux sont sevrées, une est en voie de sevrage. Ces malades sont intéressantes : 1° parce qu'elles ne correspondent pas toutes au type clinique décrit ; les troubles de la sensibilité générale dominent, mais parfois la sensation de vers entre « cuir et chair » peut manquer. Les hallucinations et les illusions sont variables, elles semblent plutôt des souvenirs évoqués avec une intensité singulière. Les interprétations délirantes sont nombreuses et suivies de réactions constamment semblables : querelles de femmes entre elles (jalousie) et disputes avec les chauffeurs de taximètres où les cocaïnomanes aiment particulièrement à priser le poison. L'anesthésie cutanée est variable, elle est parfois localisée aux extrémités : d'où maladresse et pseudo-incoordination.

Les auteurs n'ont pas retrouvé les accidents convulsifs classiques, mais seulement du tremblement, à des degrés divers.

L'affaiblissement intellectuel est parallèle à l'affaiblissement physique. L'irritabilité est excessive, des idées délirantes, trop frustes, n'ont pas permis de reconstituer un délire. L'état de besoin est hâtif et apparaît parfois au deuxième jour ; il est moins impérieux que dans la morphine, peut-être parce qu'il n'y a pas lutte à cause de l'aboulie des cocaïnomanes. Ceux-ci viennent rarement d'eux-mêmes se faire sevrer.

2° Toutes ces malades appartiennent au même milieu, intéressant parce qu'il est bien plus sincère que les milieux littéraires : c'est celui des femmes de Montmartre. Le milieu présente toutes les conditions requises pour le développement de la contagion mentale. On a pu y observer ces individus doués de prestige dont parle Tarde, individus dont l'action sur la masse est complexe, comme l'a signalé cet auteur.

Aujourd'hui des poursuites sont commencées à la suite des plaintes, mais l'action de la justice sera toujours entravée parce que les victimes elles-mêmes ont intérêt à faire continuer la vente du toxique. Les parents n'ont que la ressource d'intenter des ac-

tions civiles aux vendeurs de poison. Tout le monde sait combien cette procédure est semée d'embûches.

***

M. Provost (service de M. Toulouse) montre une femme de Montmartre cocaïnique. Cette malade fait suite aux malades présentées par MM. Briand et Vinchon. En dehors des symptômes signalés précédemment, on trouve ici une excitation motrice assez prononcée, des hallucinations spéculaires et, après une période d'excitation sexuelle qui dura six mois, une frigidité complète. Au cours d'un voyage à Genève, après une suppression brusque du toxique, cette personne présenta des hallucinations visuelles et auditives, et cela pendant 15 jours, durée de son voyage. Notons que dès son arrivée à l'usine, la malade, qui prisait sa cocaïne, remplaça ce produit par du tabac.

Les renseignements généraux qu'elle fournit coïncident en tous points avec ceux que donnent les malades de MM. Briand et Vinchon au sujet de l'épidémie relativement récente de cocaïnisme à Montmartre.

***

M. Beaussart (service de M. Colin) présente deux malades, l'un musicien à Montmartre, morphinique et cocaïnique; l'autre marchand de cocaïne à Montmartre, dégénéré, interné après escroquerie. Ces malades fournissent des renseignements sur le mode de début de propagation, sur la topographie, les particularités du cocaïnisme dans ce quartier de Paris.

C'est une véritable industrie qui s'est développée dans ce milieu tout spécial. Dans certains établissements la vente a lieu couramment et, pour ainsi dire, ouvertement à partir de certaines heures. En dehors de ces établissements, des commerçants, des marchandes à la toilette, un charbonnier même, se livrent à la vente de la cocaïne.

***

M. Beaussart termine sa communication en décrivant une complication fréquente du cocaïnisme, la perforation de la cloison nasale, qui survient chez un grand nombre d'intoxiqués, soit qu'ils prisent la cocaïne en poudre, soit qu'ils s'introduisent dans le nez des tampons d'ouate imbibés d'une solution de cocaïne.

***

A côté du gros intérêt clinique présenté par les faits eux-mêmes, il faut retenir, au point de vue social, la difficulté, bien mise en

évidence par M. Briand, qu'il y a à empêcher judiciairement la vente illicite de la cocaïne : de telles épidémies dans un milieu où les déséquilibrés et les débiles de la volonté prennent immédiatement une extension considérable.

(*Société clinique de médecine mentale*, 18 nov. 1912.)

Œil pour œil, dent pour dent.

Un conseiller municipal qui se fait soigner la mâchoire doit-il donner gratuitement au *dentiste* qui l'a soigné une consultation sur les questions de sa compétence ?

Tel est le point de droit et de fait qui s'est posé récemment pour le compte d'un de nos édiles les plus connus.

Ayant constaté que ses dents étaient en piteux état, il s'en fut trouver un odontologiste des plus distingués. Celui-ci se mit courageusement au travail et aboutit au résultat désiré.

Entre temps, il avait parlé à son patient de son désir de créer sur un terrain de la Ville de Paris une clinique dentaire.Ses ouvertures furent bien accueillies par notre sympathique conseiller, qui s'occupa de la question, mais ne réussit pas à la faire aboutir

Après un long délai, le dentiste fit parvenir à son client une note assez élevée. Après un nouveau délai encore plus étendu et sur une démarche quelque peu pressante, le conseiller se décida à envoyer par mandat une faible partie de la somme qui lui était réclamée. Au mandat était jointe une quittance égale à la différence et ainsi libellée :

« Frais de consultation dus à M. X..., conseiller municipal, pour l'examen d'un projet de création d'une clinique dentaire sur un terrain appartenant à la Ville de Paris, X... francs. »

(*Le Cri de Paris*, 16 févr. 1913.)

La dentition des Hindous.

D'après le *British Journal of Dental Science*, qui le tient du *Times*, le peuple hindou a de meilleures *dents* que le peuple anglais, parce que les Hindous ont une nourriture plus simple et ne mangent pas en grande quantité du sucre et autres mets dont l'action est des plus destructives pour les dents. Ils ont en outre l'habitude de les nettoyer avec de petites baguettes en bois souple provenant de certains arbres sacrés.

Les Hindous chiquent le bétel ; cette habitude prise dès le jeune

âge noircit les dents, les conserve, et, ajoutée au végétarisme, fait que ce peuple a les plus jolies dents du monde. Il existe surtout dans ce pays une habitude impérative, qui consiste à ce que les enfants et les adultes soient soumis, avant le mariage, à la plus minutieuse inspection physique, particulièrement pour les dents et les ongles qui, suivant les Hindous, correspondent aux bras, aux jambes et à la tête. Ils estiment de belles dents et de beaux ongles comme les preuves les plus irréfutables d'une constitution bonne, vigoureuse, offrant les garanties les plus heureuses pour les descendants mâles. Leur soin des dents étant le résultat d'une pratique de plus de 3.000 ans de rites religieux, il s'ensuit que les mariages n'ont lieu qu'autant que les parents y consentent. Conséquemment, les descendants ont généralement de bonnes dents.

Si, en Angleterre, des parents refusent à leur fille le mariage avec l'homme de son choix, à cause de sa défectuosité dentaire, elle peut néanmoins se marier avec lui et constituer une famille avec de mauvaises dents, tandis que, d'après les rites hindous, cette chose est impossible.

(*Gazette médicale de Liège.*)

NOUVELLES

Ecole dentaire de Paris.

Par décision du Conseil d'administration en date du 11 mars 1913 il sera ouvert le 18 mai un concours pour trois postes de chef de clinique d'anesthésie.



Nous rappelons qu'un concours aura lieu à l'Ecole dentaire de Paris le 6 avril 1913 pour trois postes de chef de clinique de prothèse.

Conseil du corps enseignant.

Dans sa réunion du 6 mars 1913 le Conseil du corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris a constitué, ainsi qu'il suit, son Bureau et sa Commission permanente :

MM. Godon, *président* ;
Desgrez, Roy, *vice-présidents* ;
Fouques, *secrétaire général* ;
Camus, Cousin, d'Argent, Jeay, *membres.*

Souscription.

Nous avons annoncé dans notre avant-dernier numéro la mort de M. Philippoteaux, membre de l'A. G. S. D. F.

Notre confrère laisse sa famille, dont il était le soutien, dans un grand dénûment. Aussi croyons-nous de notre devoir de venir en aide à cette famille.

L'A. G. S. D. F. lui a accordé, sur la Caisse de prévoyance, une somme de 200 francs, maximum que le règlement permette d'attribuer. Mais, en présence de la situation particulièrement intéressante de la famille Philippoteaux, il nous paraît nécessaire d'ouvrir une souscription.

Tous les dons, quelque minimes qu'ils soient, seront reçus avec empressement par le trésorier de l'Association, M. Miégeville, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. Nous publierons les noms des donateurs (à moins qu'ils ne préfèrent garder l'anonymat) avec le montant des offrandes.

Dès aujourd'hui M. Frey s'inscrit pour 300 francs.

Nomination.

Nous apprenons avec plaisir que notre confrère M. Zimmermann, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être élu administrateur de la Caisse des écoles du XIVe arrondissement.

Nous lui adressons nos félicitations.

Mariage.

Le mariage de notre confrère M. Robert de Kisch, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Marie Antoinette Pregniard, a été célébré le 30 janvier dernier.

Nous adressons nos félicitations et nos souhaits de bonheur aux jeunes époux.



Nous apprenons les fiançailles de notre confrère M. Michel Marcus avec Mlle Pauline Waisberg.

Concours pour la nomination de dentistes des hôpitaux.

Un concours pour la nomination à deux places de *dentiste-adjoint* des hôpitaux de Paris sera ouvert le jeudi 15 mai 1913, à midi, dans la salle des concours de l'administration de l'Assistance publique, rue des Saints-Pères, 49.

Les candidats sont priés de se faire inscrire au Service du Personnel de l'administration de l'Assistance publique, de dix heures à trois heures, du lundi 14 avril 1913 au samedi 26 avril inclusivement.

Les conditions du concours sont publiées dans le *Bulletin municipal officiel* du 11 mars.

Association internationale de perfectionnement scientifique et médical.

En raison des Congrès qui se tiennent en France pendant la seconde quinzaine de mars, le départ du Voyage d'études en Espagne, Maroc, Portugal est *définitivement fixé au* 1er *avril*, au lieu du 22 mars. *Le dernier délai pour l'inscription* est le 22 mars (et le 25 mars pour les sociétaires). Tous les renseignements se trouvent dans le n° 61 de « Scientifica », envoyé contre 0 fr. 60 en timbres ou 3 coupons réponse internationaux. Bureau de l'A. P. M. : 12, rue François-Millet, Paris, XVIe (mercredi et samedi de 3 à 4 heures).

33e ANNÉE. N° 7. 15 AVRIL 1913 VOL. XLIX

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

UN GNATHOMÈTRE

Par L. RUPPE.

(Communication à la Société d'Odontologie, mars 1913.)

Je viens vous présenter un instrument que j'ai construit dans le but de représenter graphiquement la situation des dents et leurs rapports avec les maxillaires, la face et la base du crâne, afin d'en tirer des moyens précis pour établir un diagnostic à l'usage de l'orthodontie.

Depuis deux ans vous avez pu suivre les travaux de nos confrères MM. Frey, G. Villain, de Nevrezé concernant la nomenclature et la classification des malpositions dento-maxillaires, travaux qui complètent ceux d'Angle et de Case.

Ce besoin de chercher des noms à ces malpositions, de les définir, de les orienter n'est qu'une manifestation d'un autre besoin plus profond : celui de faire un diagnostic précis scientifique. Or il faut bien avouer que dans un sens seulement, le sens frontal ou transversal, nous avons des moyens précis de diagnostic. En effet l'indice de Pont, le diagramme de Hawley nous permettent de mesurer, de connaître une atrésie. Pour les autres sens, sagittal ou antéro-postérieur et vertical, nous sommes livrés à notre intuition artistique, rien ne vient préciser, indiquer, arrêter nos opérations. Nous rétablissons le plus souvent les rapports d'une arcade dentaire avec l'autre sans savoir si celle que nous prenons comme repère fixe n'est pas elle-même vicieusement placée.

Il y a un an, M. Frey et M. Marouzé ont cherché un

rapport entre le *rayon auditif nasal* (*milieu de la suture* fronto-nasale) et le *rayon auditif incisif*, bord libre des incisives médianes supérieures, qu'ils estimèrent égaux. Cette très importante remarque permettait alors de calculer le prognathisme alvéolaire supérieur.

Pour mesurer ces rayons M. Marouzé construisit un appareil composé d'un arc au milieu duquel glisse un curseur et qui porte à chaque extrémité un embout mobile qui se loge dans les conduits auditifs et qu'un aide maintient en place.

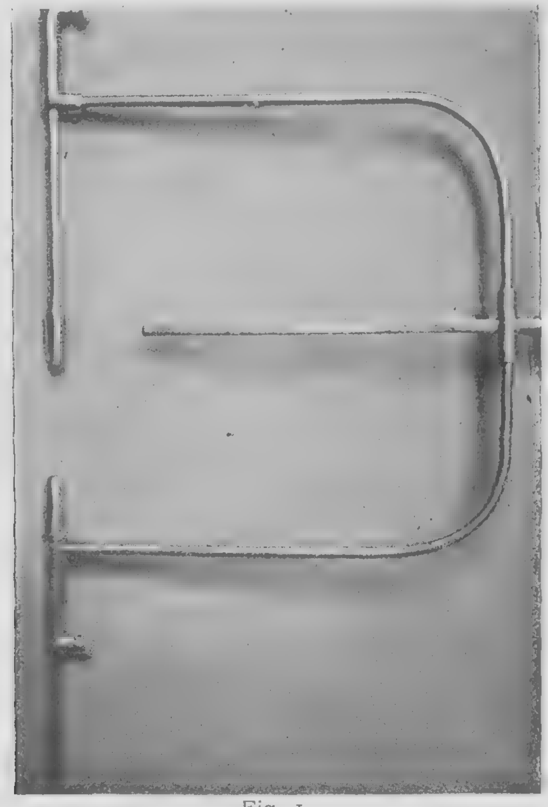


Fig. 1.

Le maniement de cet appareil entraîne une légère cause d'erreur: en effet le point de repère, que l'on considère comme fixe, se trouve légèrement déplacé quand on fait osciller l'appareil du plan supérieur au plan inférieur. Ces petits inconvénients m'amenèrent à construire un appareil com-

posé de deux arcs, l'un immobilisé par trois plaquettes à ressorts, dont deux s'ajustent dans le conduit auditif et une sur la protubérance occipitale externe, qui sert de point d'appui à l'autre arc mobile pivotant sur l'axe fixé bi-auriculaire et portant un curseur gradué à partir de cet axe, ce qui donne à la lecture directe la distance en millimètres de cet axe aux parties mesurées. On peut ainsi transcrire les rapports des rayons auriculo-incisif et auriculo-nasal.

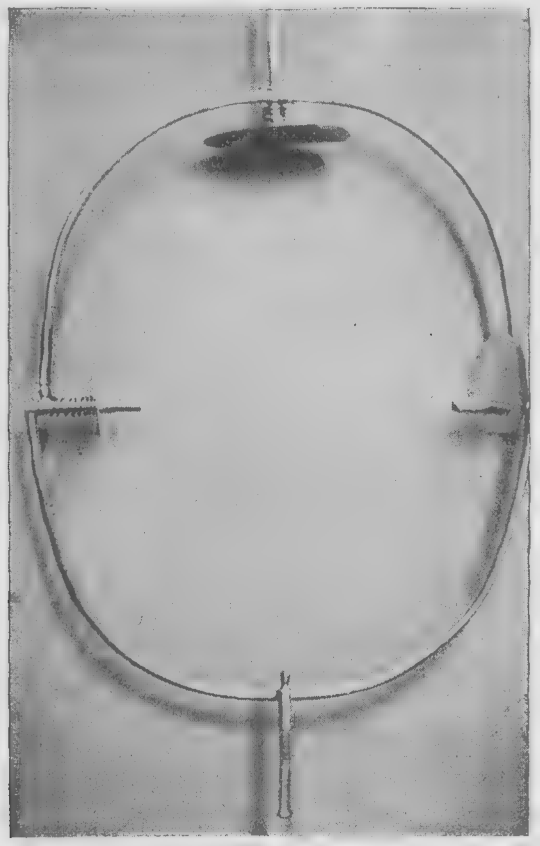


Fig. 2.

Dans des cas compliqués de malpositions en sens vertical j'ai trouvé un très grand intérêt à mesurer avec « un maître de danse » la distance maxillo-molaire inférieure et j'en ai inféré, dans un grand nombre de cas, une insuffisance de développement du maxillaire inférieur que je pus corriger

en élevant l'articulation par un appareil au niveau des molaires de lait, ce qui permettait aux molaires de 6 ans de s'allonger (Appareil et idée de M. P. Martinier). Cette mensuration nous a donc, elle aussi, donné des résultats déjà satisfaisants, mais en face du problème qui se pose à nous d'une façon plus complexe, j'ai cherché à réaliser un instrument qui nous permette de recueillir avec facilité et en une simple application des mesures plus nombreuses et plus précises. Je crois être parvenu à la solution à peu près complète et pratique du problème par la construction de l'appareil que je vous présente et dont voici la description.

La pièce principale est un bâti vertical formé d'un tube carré dont une face est ouverte et dans lequel glissent perpendiculairement à sa direction des tiges à terminaisons renflées et mousses qui peuvent être bloquées toutes ensemble par le serrage d'une pièce qui s'engage à frottement doux dans le premier tube. En dehors de ces tiges on peut articuler sur le bâti à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 inférieur dans l'ouverture d'une gaine un petit appareil buccal composé d'une plaque mince et souple représentant une demi-arcade dentaire qui vient se placer entre les dents. A la partie antérieure de cette plaque est placé un petit porte-empreinte ; à la portion supérieure se dirigeant aussi vers le visage une autre ouverture reçoit une plaque frontale analogue à celle qui sert de point d'appui au miroir des laryngologistes et munie d'un serre-tête.

A l'extrémité supérieure aussi, mais dans un tube à direction verticale, glisse une petite équerre fonctionnant comme une toise.

A la partie tout à fait inférieure du bâti, mais pouvant y occuper différentes hauteurs au moyen d'une coulisse, on peut articuler un bras qui, lui, ne se dirige plus sagittalement, mais transversalement ; sur ce bras comme pivot glisse et tourne un goniomètre maxillaire dont la deuxième branche se termine par un embout mousse dirigé vers le plan médian et qui vient se loger dans le conduit auditif externe.

Voici la façon de se servir de l'appareil :

1° L'opérateur place un peu de plâtre dans le petit porte-empreinte de l'appareil buccal et prend l'empreinte des faces labiales des incisives supérieures et inférieures droites, en ayant bien soin que le bord interne de l'appareil coïncide avec la ligne médiane. Ceci fait, le patient mord la plaque, ferme les lèvres entre lesquelles émerge le support que l'on engage dans la coulisse du bâti.

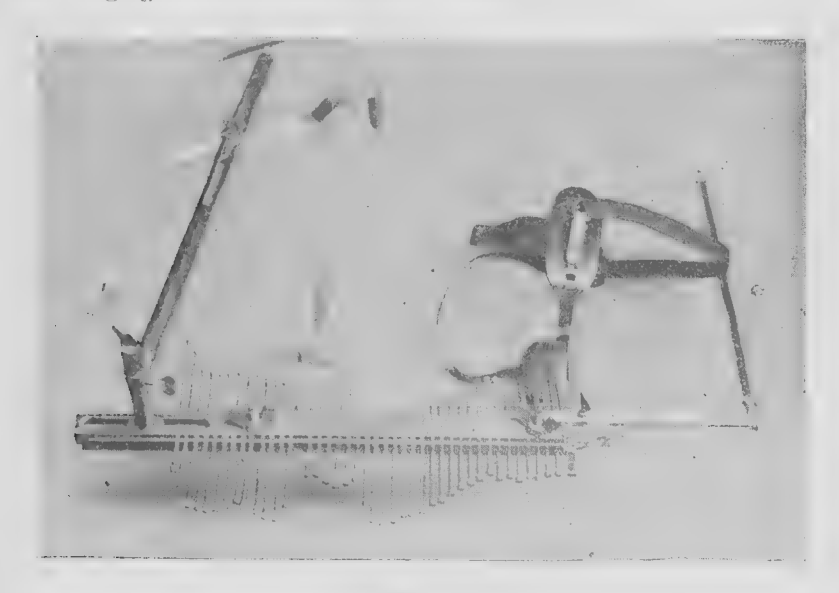


Fig. 3.

L'appareil se trouve à peu près immobilisé; pour achever de le fixer on ajuste l'appui frontal par le serre-tête.

2° On pousse les tiges légèrement contre le profil et on les bloque ;

3° On place l'embout dans le conduit auditif, on ajuste les pièces le long de la branche montante et du bord inférieur de la mandibule et on bloque les vis ;

4° On amène la toise au contact du vertex et on l'immobilise ;

5° On desserre le lien, on fait ouvrir la bouche et l'on retire l'appareil doucement pour ne pas changer les rapports des différentes pièces.

Pour transcrire ces mesures on place le bâti de l'appareil à plat sur le papier en l'orientant de telle façon que la projection de l'extrémité de l'embout auriculaire tombe d'aplomb sur la même ligne horizontale que le repère de l'épine nasale inférieure. Ensuite on desserre le goniomètre et on le rapproche du papier en veillant à n'en pas changer la direction, que l'on peut retrouver d'ailleurs facilement. Ceci fait et le goniomètre immobilisé à nouveau, on reporte, en suivant au moyen d'un crayon, toutes les parties de l'appareil ayant pris contact avec les parties de la face et de la bouche.

On obtient ainsi un schéma qui donne l'emplacement du vertex du trou auditif, du menton, l'angle mandibulaire, l'angle symphysien, le plan de mastication de Barclay et la position des incisives supérieures, inférieures, l'épine nasale antéro-inférieure, la suture des os propres du nez, la glabelle, l'ophryon.

Si l'on prend la précaution d'employer du papier gradué d'architecte pour dessiner cette projection, on peut lire directement en mesures métriques, et au moyen d'un rapporteur pour les mesures angulaires, toutes les données importantes.

Cherchons maintenant à utiliser ces mesures et à tirer des nombreuses mensurations anthropologiques des données capables d'établir un diagnostic précis.

Tout d'abord il est nécessaire de prendre un plan et un centre comme terme de comparaison.

J'ai choisi comme plan le plan horizontal de Camper AI (fig. 1) parce qu'il est facile à reconnaître sur le vivant les plans alvéolo-condyliens de Broca ; ceux de Hamy, de Busk, qui sont les plus voisins de la direction horizontale, ne peuvent se reconnaître que sur le squelette.

Tout le monde sait que le plan horizontal de Camper est celui qui passe par l'épine nasale antéro-inférieure et par le centre des trous auditifs externes. Il fait avec le plan de la vision horizontale un angle d'inclinaison de + 4° 68, ce qui est insignifiant pour nous qui ne cherchons que des points de comparaison.

Je prends comme point de repère fixe le centre de l'orifice externe du conduit auditif externe ; c'est de ce point pris comme o que partiront nos mesures.

Permettez-moi maintenant de vous rappeler quelques mesures de craniométrie qui pourraient nous être utiles :

1° Le plan de mastication de Barclay BC (fig. 1), sensiblement parallèle au plan de Camper et plus près que lui du plan de la vision horizontale, fait avec ce dernier un angle d'inclinaison de + 3° 85. En comparant la direction des deux plans sur les schémas on peut se rendre compte de la bonne ou la mauvaise position du plan de mastication.

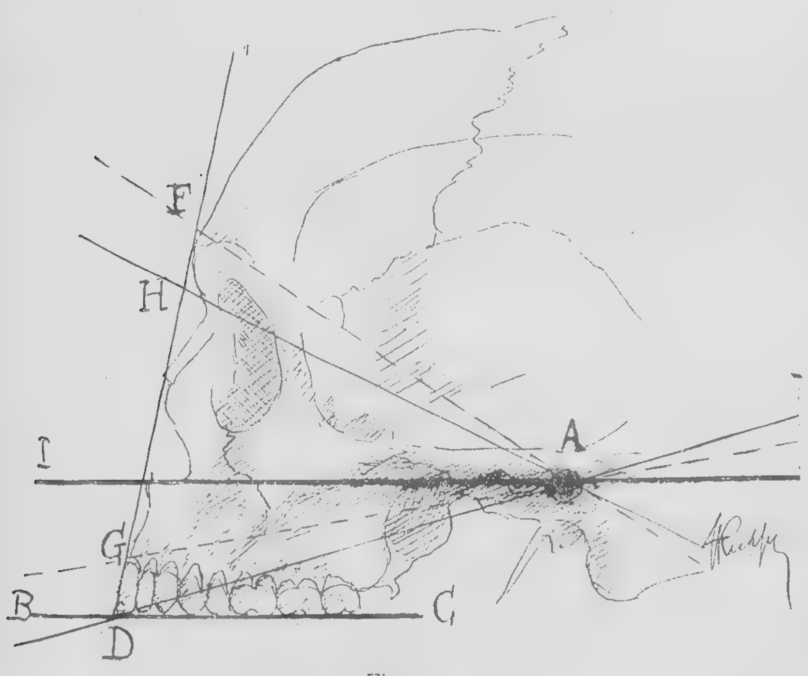


Fig. 4.

CAD, angle Geoffroy Saint-Hilaire.
ADF, — auriculo-facial Broca.
ADG, triangle isocèle de l'Ecole de Bicêtre.

2° L'angle facial de Geoffroy Saint-Hilaire et Cuvier ADF (fig. 1) nous donnera des renseignements précieux sur l'emplacement des incisives supérieures dans les sens sagittal et vertical. Cet angle est formé par deux lignes, l'une presque

verticale passe au point le plus saillant du front et s'arrête au bord libre des incisives supérieures où l'autre ligne, qui vient du trou auditif, croise la première.

Cet angle vaut 68° 5 chez les Européens et 51° chez les nègres.

3° L'angle auriculo-facial de Broca FAGC (fig. 4) a pour sommet le trou auditif, pour côtés les droites qui passent, l'une au point susorbitaire, l'autre au point alvéolaire. Je propose de remplacer l'étude de cet angle par celle de l'angle de l'Ecole de Bicêtre DAHC (fig. 4) formé par les rayons auditif incisif, auditif nasal, dont nous avons déjà parlé et dont l'examen préciserait les rapports.

4° L'angle mandibulaire que tous nous connaissons et sur lequel Frey et de Nevrezé ont particulièrement attiré l'attention par leurs considérations sur l' « obtusisme mandibulaire » dans les malpositions verticales. Je vous rappelle pour mémoire que cet angle mesure 138° chez l'enfant à la naissance, qu'il diminue régulièrement jusqu'à l'âge adulte, où il atteint 115 à 120°, pour s'accroître à nouveau chez le vieillard et retrouver sa valeur primitive.

Chez la femme l'angle mandibulaire est toujours plus obtus que chez l'homme.

5° L'angle symphysien permet de mesurer le pro ou rétro-gnathisme proprement dit de l'arcade dentaire inférieure, il s'obtient en mesurant l'inclinaison de la ligne symphysienne sur le plan du bord inférieur du corps du maxillaire inférieur.

L'angle symphysien est très ouvert à l'époque fœtale et il se redresse avec le progrès de l'âge dans la proportion suivante :

nouveau-nés	93°5
de 0 à 1 an	88°4
de 1 à 4 ans.	73°2
de 4 à 8 ans.	69°2
adultes	55°

6° L'indice facial total rapport de la longueur bizygomatique à la ligne ophryo-mentonnière = 100 peut nous don-

ner de très bons renseignements dans le sens vertical en nous indiquant quelle longueur normale notre face doit

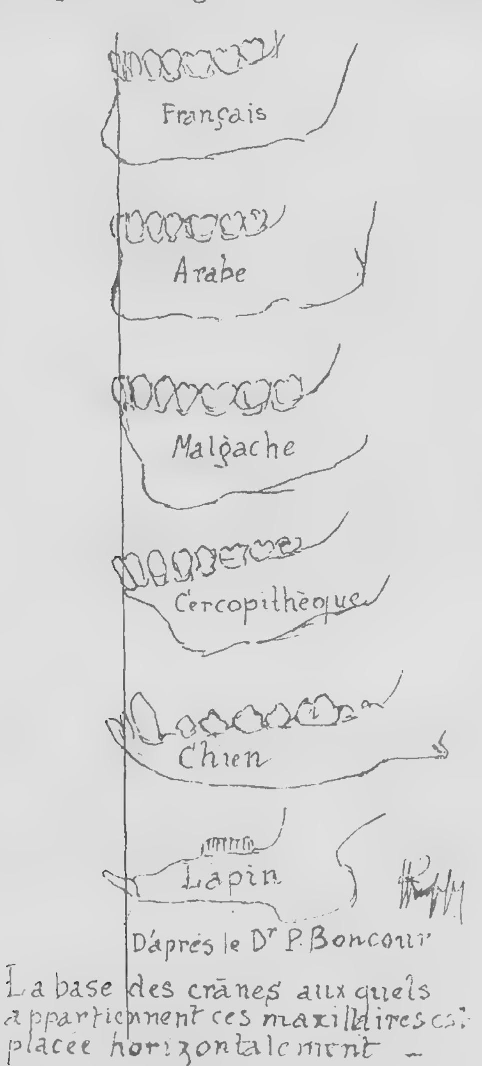


Fig. 5.
(Extrait de l'*Anthropologie anatomique* de Paul Boncour.)

avoir par rapport à la largeur bizygomatique, ce rapport est de 94 environ pour les Parisiens. Il serait intéressant d'appliquer ces rapports pour la hauteur à donner aux dentiers complets.

7° Hauteur du crâne et de la tête rapportée à la taille = 100.

Profitant du remarquable travail de P. Godin sur les proportions du corps pendant la croissance, j'ai pu vous présenter ce petit tableau ; les chiffres de 6 ans à 13 ans 1/2 sont des moyennes que j'ai calculées d'après des chiffres que donne P. Godin aux âges de 6 ans et 13 ans 1/2, de 13 ans 1/2 à 23 ans 1/2 les chiffres sont ceux de P. Godin. Ces proportions nous permettront de suivre et de diriger l'évolution du segment conduit auditif menton ou autrement dit hauteur du maxillaire inférieur.

Hauteur du crâne, de la tête, du maxillaire inférieur rapportée à la taille = 100.

	AGES												
	6	7	8	9	10	11	12	13 1/2	14 1/2	15 1/2	16 1/2	17 1/2	23 1/2
Hauteur du crâne (vertex à conduit auditif).	11.9	11.5	11.1	10.7	10.3	9.9	9.5	9.1	8.8	8.5	8	8.2	8
Hauteur de la tête (vertex à menton).	17.8	17.2	16.7	16.2	15 6	15.1	14.5	14	13.8	13.2	12.7	12.9	12.8
Hauteur du maxillaire inférieur.	5.9	5.7	5.6	5.5	5.3	5.2	5.0	4.9	5.0	4.7	4 7	4.7	4.8

En comparant les mesures obtenues sur chaque schéma des cas à étudier avec ces diverses mensurations, on parvient à établir un diagnostic et à calculer en quoi et dans quelles proportions le cas à étudier diffère du type moyen normal.

Or, pour rendre cette comparaison plus rapide et plus pratique, j'ai songé à établir sur papier transparent des schémas normaux répondant aux diverses étapes du développement et qu'il suffirait d'apposer au schéma à étudier pour faire immédiatement un diagnostic.

Ces schémas types découleront d'une série de mensurations dont j'ai commencé l'étude, encore trop peu avancée, pour que je puisse vous les soumettre.

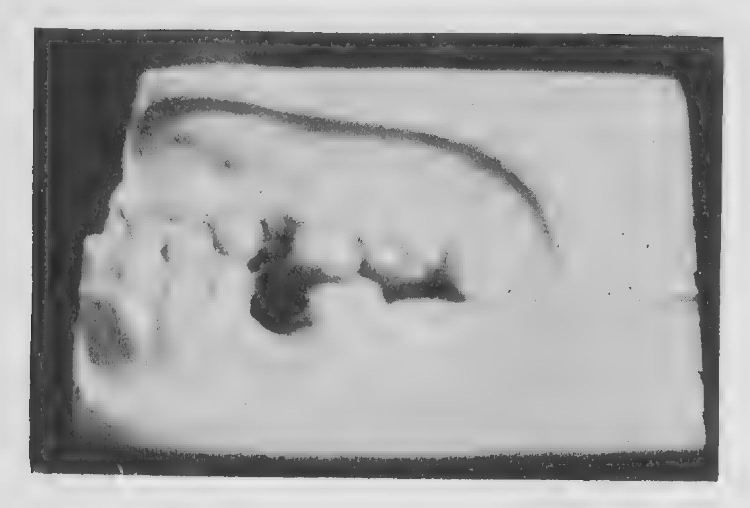


Fig. 6. — Modèle de l'observation n° 1.

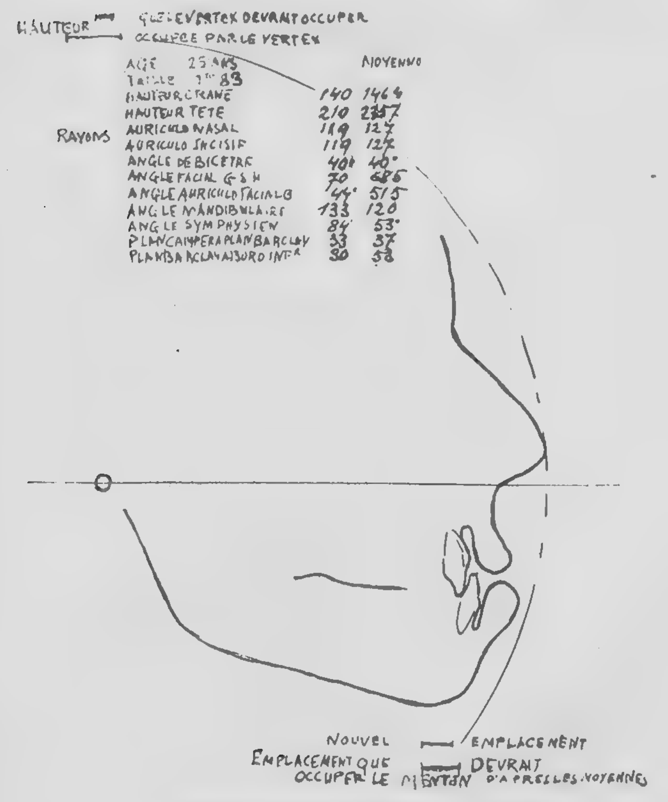


Fig. 7. — Schéma de l'observation n° 1 réduit 2,6.

Pour vous montrer l'intérêt que peuvent avoir ces schémas et le parti que l'on peut tirer de mensurations craniométriques ci-dessus indiquées, je vais vous présenter deux observations.

Observation n° I.

Le patient dont je vous présente les modèles est âgé de 26 ans. Ses parents sont de forte taille, bien portants. Les malpositions que vous remarquez sont héréditaires du côté maternel.

Le patient fut atteint : 1° d'une fluxion de poitrine à l'âge de 6 ans ; 2° d'une fièvre typhoïde à l'âge de 19 ans. — Pas d'adénoïdes — bonne respiration nasale. Ce jeune homme est actuellement en parfaite santé.

Voici le schéma que j'ai pu dessiner avec mon appareil ; à sa lecture nous constatons que le vertex et le menton s'éloignent des distances moyennes calculées d'après Paul Godin dans les proportions suivantes : le vertex est à 6 mm. du vertex moyen, le menton à 25 mm. 7 du menton moyen. Nous constatons donc une réduction minime de la tête et surtout une très forte réduction du segment trou auditif menton, qui nous permet de diagnostiquer une atrophie du maxillaire inférieur. En considérant cet os sur notre schéma deux choses nous frappent : 1° l'obtusisme de l'angle mandibulaire 133° ; 2° la réduction de la distance maxillo-molaire inférieure 30 mm., au lieu de 53 mm., dimension en hauteur du corps du maxillaire inférieur par rapport à la taille ; 3° l'obtusisme de l'angle symphysien.

Considérons le maxillaire supérieur ou mieux l'arcade dentaire supérieure, car nous n'avons transcrit sur le schéma que le plan de mastication, la face labiale et le bord libre des incisives supérieures.

Nous constatons : 1° que la distance du plan de Camper au plan de mastication est presque normale 33 mm. au lieu de 37 mm. ; 2° que les rayons auriculo-incisif et auriculo-nasal sont égaux, que l'angle de Bicêtre est égal à la moyenne, d'où je conclus que les incisives médianes supérieures sont exactement en place.

De ces observations découle le diagnostic suivant : 1° atrophie du maxillaire inférieur ; 2° protrusion des dents de bouche inférieures ; 3° atrésie consécutive de l'arcade dentaire supérieure de 4 millimètres au niveau des prémolaires, le diamètre intermolaire est normal.

Ce diagnostic impose comme traitement : 1° l'élévation de l'articulation ; 2° la linguo-gression des incisives, canines et prémolaires inférieures ; 3° la dilatation supérieure.

Il est regrettable qu'à l'âge de ce patient nous ne puissions

attendre un allongement des dents avec leurs alvéoles. Si ce jeune homme n'était âgé que de 12, 13 ans, je crois que nous aurions pu lui augmenter sa distance maxillo-molaire et fait atteindre à son menton un emplacement s'approchant de la moyenne et en meilleure harmonie avec sa taille.

Remarque. — Le crâne étant réduit de 7 mm., la face peu développée, 7 mm. aux rayons incisif et nasal, je propose de diminuer la distance auriculo-mentonnière de 7 mm. Pour vérifier ce nouvel emplacement du menton je m'appuie sur la 14e loi de Ch. Rochet qui inscrit la silhouette profilaire dans un arc de cercle dont le centre est le trou auditif : le vertex, la pointe du nez, la proéminence du menton sont situés sur cet arc de cercle. Le nouvel emplacement est vérifié par cette loi et sera donc en rapport avec la tête et la face.

Observation n° II.

La patiente dont je vous présente le modèle et le schéma n'a pas d'antécédents héréditaires, elle fut opérée des végétations adénoïdes, elle a une bonne respiration nasale et a présenté des accidents osseux au niveau de la colonne vertébrale qui ont nécessité l'emploi d'un corset orthopédique pendant plusieurs années.

Comme vous le constatez sur les modèles, cette patiente présente une vestibulo-version coronaire des dents antéro-supérieures en même temps qu'une mésio-gression des molaires et un peu d'atrésie au niveau des prémolaires.

Examinons le schéma. Nous constatons : 1° que le segment vertex trou auditif est augmenté de 8 mm. ; que la hauteur totale de la tête est réduite de 10 mm. ; que la hauteur du maxillaire inférieur ou du segment auditif mentonnier est réduite de 17 mm. L'angle mandibulaire est très obtus, l'angle symphysien très obtus, la distance maxillo-molaire exagérée. D'où nous concluons être en présence d'un maxillaire inférieur atrophié dans le sens sagittal développé exagérément dans le sens vertical.

La distance du plan de Camper au plan masticatoire est réduite. Les rayons auditif incisif, auditif nasal sont inégaux, l'auditif nasal est exagéré, l'angle de Bicêtre faible, l'angle de Geoffroy Saint-Hilaire énorme. De ces observations je tire la déduction suivante : « Etant donné les accidents osseux du squelette, les trous auditifs se sont abaissés ». Je soutiens mon assertion des raisons suivantes exposées par Mlle Pelletier : « La résistance offerte par le poids de la masse encéphalique au niveau du basion est forte puisque la colonne vertébrale sert de contrepartie, tandis qu'il n'en est plus de même sur les parties latérales de la base au niveau des conduits auditifs. »

Donc il nous faut remettre notre conduit auditif en place à 141 mm. du vertex, ceci fait et nos chiffres redressés nous diagnostiquons :

1° Une atrophie du maxillaire supérieur dans le sens vertical.

J'appuie ce diagnostic sur les faits suivants : 1° la distance du plan de Camper au plan masticatoire est réduite de 10 mm. ; 2°

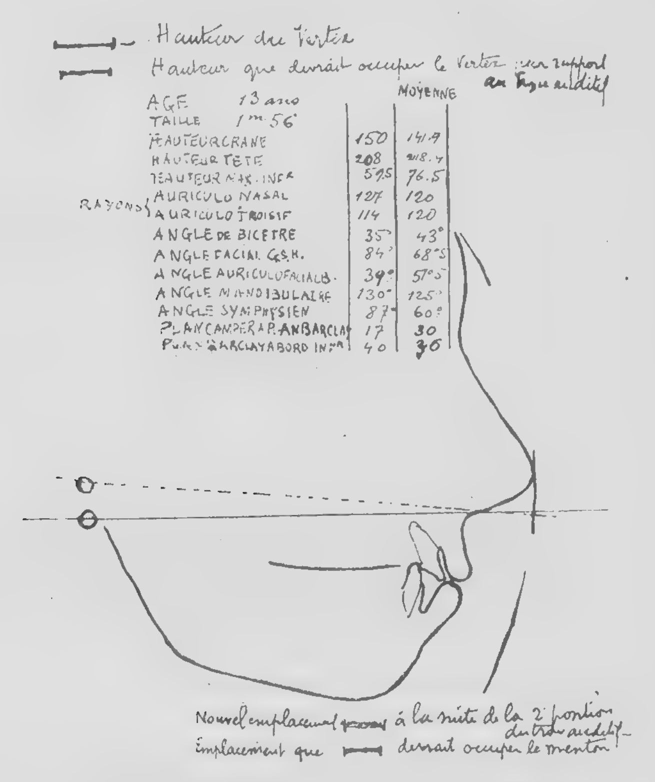


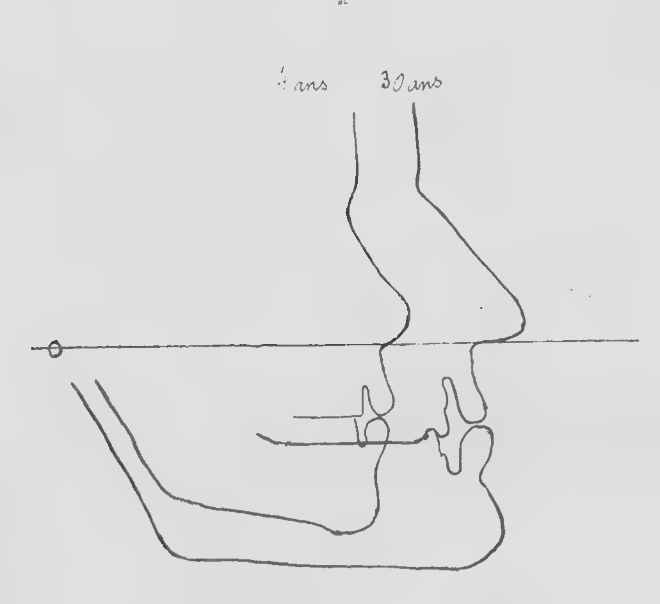
Fig. 8. — Schéma de l'observation n° 2 réduit 2,6.

l'angle de Geoffroy Saint-Hilaire est très ouvert, 80°, et pour retrouver la moyenne de cet angle il faudrait abaisser les incisives de 22 mm. à 25 mm. ; 3° l'angle de Bicêtre est de 35° au lieu de 40.

2° Une atrophie du maxillaire inférieur dans le sens sagittal.

A ce diagnostic répondra un traitement limité au maxillaire supérieur et qui consistera à élever l'articulation d'une distance nécessaire pour réarticuler les incisives supérieures et inférieures après le basculement des premières et à dilater au niveau des prémolaires. Là s'arrêtera notre intervention, nous sommes impuissant hélas ! pour étirer un maxillaire inférieur et conformer un crâne.

les deux distances
vertex à conduit auditif sont égales



SUPERPOSITION DE 2 SCHEMAS

Fig. 9.

Ainsi que vous avez pu le reconnaître, ces schémas et ces mensurations, que je vous propose de faire, peuvent nous donner des résultats au point de vue diagnostic, mais je suis certain qu'ils nous feront découvrir des données intéressantes sur la direction du développement des mâchoires, sur l'étiologie des malpositions dento-maxillaires et que nous trouverons de nouveaux rapports anthropologiques et prosopométriques.

EXPÉRIENCES BACTÉRIOLOGIQUES SUR LA VALEUR RÉELLE DES ANTISEPTIQUES CHIMIQUES

Par J. MIRAN (de Vannes).

Je viens ici apporter les résultats des expériences bactériologiques que j'ai faites dans un Institut Pasteur sur des instruments souillés d'abord de streptocoques, et désinfectés, ensuite, avec du cyanure de mercure. L'idée m'en a été suggérée par le procédé que nombre de confrères emploient, et qui consiste à tremper ou à laisser séjourner plus ou moins longtemps, de 5 à 15 minutes, dans une solution antiseptique, des instruments qui ont déjà passé dans la bouche d'un patient, recueillant ainsi toute espèce de bacilles.

J'ai voulu me rendre compte par moi-même si oui ou non le simple trempage ou le séjour plus ou moins prolongé d'un instrument septique, dans une solution antiseptique, pouvait nous assurer une réelle antisepsie, une antisepsie sanctionnée par l'expérience bactériologique. Ce sont ces résultats, que je trouve très concluants et que je voudrais faire connaître à mes confrères.

Je dirai d'abord que l'antiseptique qui a servi à mes expériences est le cyanure de mercure avec association de borate de soude (le borate de soude empêche le cyanure de mercure d'attaquer le nickel). Ma solution de cyanure était à 2 et à 4 pour 1000 ; ce dernier titre équivaut à une solution de sublimé corrosif à 1 gr. 33 pour 1000 à peu près, puisque F. Berlioz nous dit, dans son Manuel de thérapeutique, que le cyanure de mercure est trois fois moins antiseptique que le bichlorure.

J'ai pris un instrument nickelé et à surface unie, et, après l'avoir savonné et passé à l'éther, je l'ai stérilisé à l'autoclave. Ensuite le dit instrument a été plongé dans une culture de streptocoques et, pour fixer la culture, j'ai porté l'instrument à l'étuve où régnait une température de 37° centigrades. Après ces différentes manipulations, j'ai

trempé l'instrument contaminé dans une solution de cyanure de mercure et borate de soude, où il est resté pendant *deux* heures. Après ce séjour de deux heures dans cette solution, j'ai pris l'instrument supposé désinfecté par le cyanure et après l'avoir passé dans de l'eau stérilisée pour lui enlever toute trace de cyanure, je l'ai placé dans un tube contenant du bouillon, lequel tube a été porté à l'étuve à 37°, où il est resté pendant trois jours. Après quoi la culture a été portée sur gélose où elle a séjourné pendant quarante-huit heures. Au bout de ce laps de temps, j'ai constaté, à mon grand étonnement, des colonies de streptocoques sur la gélose. J'ai refait la même expérience et, dans les mêmes conditions, en laissant séjourner mon instrument dans la solution cyanurée pendant quatre heures, et j'ai obtenu le même résultat négatif, mes cultures ont encore poussé. — Toutefois je m'empresserai de vous dire que j'ai répété les mêmes expériences et dans les mêmes conditions, mais avec cette différence que l'instrument en expérience a été laissé à tremper dans une solution de cyanure de mercure et borate de soude à 2 pour 1000 et pendant une nuit. Le résultat a été, qu'au bout d'une nuit de séjour dans la dite solution, je n'ai pu constater aucun développement microbien.

Ces expériences nous montrent combien est illusoire, l'effet bactéricide des divers antiseptiques chimiques, même celui des composés mercuriels qui cependant sont les corps les plus antiseptiques que nous connaissions. Pourtant, nombreux sont les confrères qui ont une confiance absolue dans ces différents agents et qui, par conséquent se contentent de laisser séjourner pendant quelques minutes leurs instruments dans une solution antiseptique, croyant obtenir par là une antisepsie parfaite;... quelle illusion !.....

REVUE DES REVUES

TECHNIQUE DE LA PRÉPARATION ET DE L'ADMINISTRATION DU VACCIN AUTOGÈNE

Par G. D. Laymon et J. K. Kingsburg (d'Indianopolis).

La pratique du vaccin autogène suppose la connaissance de la bactériologie ; son emploi par des praticiens ne possédant pas cette connaissance pourrait être fâcheux pour le patient et avoir pour conséquence de porter atteinte à la valeur du traitement. C'est la connaissance des moindres détails qui assure le succès ; une administration impropre entraîne des dangers, ou ne donne aucun résultat.

Les indications ci-après s'appliquent à la préparation de vaccins pour le traitement de la pyorrhée et sont données au point de vue dentaire.

Nettoyer à l'alcool la partie de gencive qui servira. Masser la gencive pour chasser le pus de la partie la plus profonde, puis, avec une anse de fil de platine stérilisé préalablement, prélever une petite quantité de pus et en enduire uniformément la surface d'une couche d'agar-agar nutritif.

La placer dans un tube stérilisé, ajuster la petite coiffe de caoutchouc, mettre le tube dans un incubateur et maintenir à la température du corps.

24 ou 48 heures suffisent pour donner une prolifération qu'on pourra isoler. L'isolement se fait en inoculant une série de plats de petri recouverts d'une pellicule mince d'agar-agar.

Après isolement de l'organisme prédominant, inoculer un certain nombre de tubes d'agar-agar et les mettre à l'incubation pendant 24 à 48 heures. Le vaccin doit être fait pendant que les cultures sont fraîches, car les grappes de bactéries s'émulsionnent plus aisément. Débarrasser alors la prolifération bactérienne de l'agar-agar en la lavant dans une solution salée à 0,85 0/0. On peut séparer la prolifération d'avec l'agar-agar au moyen d'un fil de platine. On transporte la solution salée dans un tube d'essai vide stérilisé, on bouche avec un bouchon de caoutchouc et l'on secoue fortement. Quelquefois il faut mettre du verre finement brisé dans le tube pour désagréger les grappes de bactéries.

Bien agiter le tube et enlever une petite partie du contenu pour la mettre de côté. Sceller le tube et le laisser au-dessus de l'eau à 60° c. pendant une heure. Ouvrir le tube et essayer le contenu au point de vue de la stérilisation. Pour cela on inocule des tubes

d'agar-agar et on fait incuber. S'il n'y a pas de prolifération, le vaccin est prêt à être scellé dans des ampoules de verre.

Ces ampoules se font en tenant une tige de verre au-dessus de la flamme Bunsen jusqu'à ce que l'extrémité de la tige fonde, puis en enlevant de la flamme et en soufflant à la grosseur voulue.

Aspirer avec une pipette spéciale des quantités égales de sang normal et de suspension bactérienne, diluer avec une solution salée normale. Essayer la dilution pour compter au microscope les bactéries et les cellules rouges du sang. Placer les liquides sur une plaque de verre et mélanger complètement à l'aide d'une pipette.

On se procure du sang en piquant le pouce avec une aiguille stérilisée. Entourer le pouce d'un bandage pour comprimer. Faire une bonne ponction. Le sang est recueilli dans une pipette spéciale à sang.

Mettre une petite quantité de sang en suspension et de solution de sel normale sur une plaque de verre propre.Pour étaler plus facilement tailler la plaque de verre en forme de triangle et limer les bords. Etaler la goutte uniformément sur une portion de la plaque de verre. La pellicule doit être très mince et uniforme. La colorer de préférence avec la teinte sang de Jenner. Les bactéries seront teintées en bleu foncé et les globules rouges en rouge sombre.

Mettre la plaque sous le microscope et compter les champs divers du microscope jusqu'à ce que 200 globules au moins aient été comptés. Le sang humain normal contenant 5.000.000.000 de globules rouges par centimètre cube, on peut, par comparaison, évoluer approximativement le nombre de bactéries par cc.

Le champ du microscope est divisé par des cheveux.

Les bactéries en suspension sont alors diluées suivant le type désiré.

Les bactéries en suspension sont alors placées dans des ampoules de verre qu'on ferme en tenant le col au-dessus de la flamme Bunsen jusqu'à ce que l'extrémité du tube entre en fusion.

Ajouter 2 °/₀ de lysol ou 5 °/₀ de phénol aux bactéries en suspension avant de fermer, pour conserver la vaccin jusqu'à ce qu'il soit employé.

Le vaccin doit être stérilisé par fraction avant d'être employé, pour détruire les spores qui se seraient développées depuis la première stérilisation.

Nos expériences ont compris plus de 1.000 injections de vaccin, nombre suffisamment élevé pour justifier la confiance dans notre méthode. L'administration du vaccin compte des éléments essentiels de la plus haute importance pour obtenir les meilleurs résultats :

1° Les vaccins sont des suspensions bactériennes et non des solutions ;

2° Les précautions aseptiques sont absolument nécessaires.

Instruments. — La seringue hypodermique doit pouvoir se stériliser par l'ébullition. Elle doit avoir un piston gradué et un cylindre en verre permettant de voir la quantité de vaccin administrée et excluant l'absorption de l'air.

L'aiguille doit avoir une dimension suffisante pour laisser passer le vaccin aisément ; sa longueur est de 25 mm. environ.

L'opérateur place l'aiguille stérilisée de la seringue dans le vaccin ; après l'avoir remplie, il remue le vaccin en la vidant dans l'ampoule de verre à plusieurs reprises, parce que le vaccin étant une suspension et non une solution, il y aura précipitation des organismes et le dosage ne pourrait se faire (quant au nombre d'organismes administré).

Le patient relève sa manche jusqu'à l'épaule. Un assistant nettoie avec de l'alcool la zone à injecter et en badigeonne une petite partie avec de la teinture d'iode. Cela fait, l'opérateur, avec la seringue remplie de la dose voulue de vaccin bien mélangé, enfonce l'aiguille sous la peau dans la partie iodée, injecte le vaccin lentement et enlève l'aiguille vivement. La piqûre est touchée avec du collodion et on laisse sécher. Le patient rabat sa manche et l'opération est finie.

Avoir bien soin de faire une injection sous-cutanée et non intermusculaire.

Les réactions sont :

1° locales. D'ordinaire au point d'injection. Une réaction typique consiste dans une zone indurée. Cette zone varie de dimension, suivant la quantité de vaccin de la largeur d'une pièce de 0 fr. 50 à celle d'une pièce de 5 francs. La peau sus-jacente devient rouge, et présente l'aspect caractéristique d'une brûlure.

Cette réaction atteint son maximum entre 24 et 36 heures, et au bout de 48 à 56 heures, quoique la zone entourant le point d'injection soit encore rouge, elle n'est plus douloureuse et le patient ne s'en aperçoit plus.

2° constitutionnelles. — Inutile d'administrer une dose assez forte pour amener une réaction constitutionnelle.

Le vaccin doit être d'une suspension concentrée. Il vaut mieux employer une faible quantité de liquide, car une forte peut causer une douleur inutile. Cependant, pour la dose initiale le vaccin peut être mélangé avec de l'eau stérilisée. 100 à 200 millions de bactéries doivent constituer l'inoculation initiale. La dose doit dépendre de la constitution physique du patient et de la virulence des organismes employés. La fréquence et la dose de la vaccination

doivent être réglées d'après l'observation clinique du patient.

Nous avons constaté que le staphylocoque blanc est le principal agent d'infection dans 90 o/o des cas de pyorrhée. Les autres 10 o/o étaient une infection causée par le mélange de cet organisme et du staphylocoque doré. Quand tel est le cas, inutile de faire un vaccin de chaque organisme, mais les employer dans un vaccin.

Les vaccins bactériels doivent s'employer comme adjuvants et non pour remplacer d'autres agents de médication.

Si le dentiste recherche un moyen aisé, qu'il ne recoure pas à la thérapeutique du vaccin sans se donner beaucoup de mal. Quant aux cas à traiter par le vaccin, c'est à l'opérateur à les choisir. L'écoulement du pus dans tous les cas est notablement influencé par ce traitement. En admettant que 50 o/o des cas diagnostiqués comme pyorrhée ne sont pas de la pyorrhée et peuvent être guéris par le traitement local, nous ne voyons pas d'inconvénient à employer le vaccin autogène comme adjuvant dans ces cas. Les résultats seront hâtés et la guérison sera plus rapide.

(*Oral hygiène*, décembre 1912.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 4 mars 1913.

Présidence de M. AUDY, président.

La séance est ouverte à 9 h. 25.

I. — CORRESPONDANCE.

Le secrétaire général fait part des excuses de M. Godon. Il rappelle la conférence de Me Ducuing au sujet de la circulaire du Procureur de la République concernant la vente des produits dangereux, des anesthésiques, de la cocaïne en particulier, et la réclamation adressée à ce dernier. Il ajoute que le Procureur a répondu et communique cette réponse, qui donne satisfaction à la réclamation formulée.

M. Roy estime qu'il y a lieu de se féliciter du résultat obtenu, et de féliciter aussi M. Daunis qui, le premier, a signalé à la Société le danger que présentait la circulaire du Procureur de la République.

Le président félicite également M. Daunis. C'est grâce à lui, en effet, que la Société a adressé cette protestation au Procureur de la République, ce qui a permis d'obtenir de ce dernier une réponse de nature à tranquilliser les dentistes.

M. Henri Villain dit que cette lettre vient d'être envoyée par *l'Union fédérale dentaire nationale* à tous les journaux professionnels et quotidiens, dans la pensée qu'elle sera publiée par eux.

II. — LE ROLE DU LIGAMENT ALVÉOLO-DENTAIRE DANS LA BIOPLANTATION ET LA NÉCRO-PLANTATION, AVEC PROJECTIONS MICROGRAPHIQUES, PAR M. MENDEL-JOSEPH.

M. Mendel-Joseph donne lecture de cette communication (Sera publiée).

DISCUSSION.

Le président. — M. Mendel-Joseph a trouvé une explication de ce fait que dans certains cas le ligament persiste et dans d'autres il est détruit, c'est un point qui nous intéresse d'une façon tout à fait particulière. Il faut, lorsque nous faisons une réimplantation, que nous mettions toutes les chances de notre côté pour que notre

intervention réussisse. Nous avons, par les expériences et les études qu'a faites M. Mendel-Joseph, l'explication de ce fait que la greffe a des chances d'être d'autant plus solide qu'on lui évitera les déplacements, tout au moins au début, et qu'on soumettra la dent à une immobilité aussi complète que possible : c'est un mécanisme analogue à ce qui se produit dans les ankyloses des articulations. Lorsqu'on se trouve en face d'une articulation qui est le siège de phénomènes inflammatoires et qu'on fait de l'immobilisation, on aboutit souvent à l'ankylose de cette articulation. C'est ce qui se produit du côté du ligament alvéolo-dentaire.

Je remercie encore une fois M. Mendel-Joseph de l'explication qu'il vient de nous donner, ainsi que de sa communication.

III. — De quelques résultats en orthodontie, par M. Gallavardin.

M. Gallavardin donne lecture de sa communication, à la suite de laquelle il fait passer à l'assemblée une collection des photographies de cas se rapportant à celle-ci (Sera publiée).

Discussion.

M. Georges Villain. — J'adresse mes remerciements personnels au confrère lyonnais qui a bien voulu venir ce soir nous faire cette communication.

Je voudrais cependant signaler à notre confrère deux ou trois points de sa communication qui, pour diverses raisons, ont plus particulièrement attiré mon attention.

Au sujet de l'âge, notre confrère dit qu'à 20 ans il n'oserait pas entreprendre le traitement d'une atrésie. Je crois que c'est une erreur. Il est extrêmement facile de faire des corrections d'atrésies à 20 ans et au delà.

J'ai, dimanche dernier, présenté le cas d'un malade qui a été traité à 19 ans. J'avais dans ce cas à faire non seulement le traitement de l'atrésie, mais encore celui d'une malocclusion mésiale supérieure très prononcée.

Vous disiez aussi que si des extractions avaient été faites avant que le malade se présentât à vous, vous n'osiez pas créer ces espaces pour retrouver la place des dents extraites, parce que vous craigniez de placer un appareil pour les combler après le traitement orthopédique.

M. Gallavardin. — Je redoute de mettre un bridge à une personne jeune.

M. Georges Villain. — J'ai essayé plusieurs fois de ne pas créer d'espaces et d'avancer les molaires de la largeur d'une dent ; les résultats obtenus au point de vue de l'occlusion sont médio-

cres et je deviens de plus en plus partisan de la création de l'espace et du maintien de celui-ci pendant un certain nombre d'années, mais tout en considérant comme nuisible la dévitalisation chez un sujet très jeune. Je préfère placer un appareil de prothèse à plaque, celui-ci pouvant être remplacé par un bridge dans l'avenir.

Je voudrais signaler un autre traitement.

Angle n'est pas un novateur dans l'application de l'arc. C'est Schange, au début du XIXe siècle, qui a le premier employé l'arc. On en revient en somme aux méthodes qu'il avait préconisées.

Un point très important que vous avez traité et qui prend à mes yeux beaucoup d'importance, c'est lorsque vous dites qu'on doit agir par intuition et non par calcul.

Les dents ne peuvent pas être considérées comme des corps géométriquement définis dans leur forme, mais elles sont cependant suffisamment définies pour être comparées à un levier. Or il n'est pas possible de conduire exactement un redressement sans tenir compte du point d'application de la force, comme du point d'appui et du point de résistance.

Si vous désirez faire une correction de version, vous devez considérer la dent comme un levier du premier, deuxième ou troisième genre, selon que l'anomalie est corono-radiculaire, coronaire ou corono-radiculaire et vous serez obligé de calculer vos forces pour trouver le point d'appui exact à prendre sur la dent, qui peut être plus ou moins éloigné du bord libre de la couronne.

J'insiste sur ce point, car je suis diamétralement opposé à vos idées. Je trouve que l'orthodontiste ne doit rien laisser au hasard pour tous les efforts qu'il a à faire, il ne doit entreprendre le traitement qu'après avoir calculé, tout comme un ingénieur, les forces qu'il a à appliquer, ainsi que les conditions dans lesquelles il devra les faire agir.

M. Gallavardin. — Je répondrai à cette dernière objection que je n'ai pas dit qu'il ne fallait pas calculer ses forces. Ce que j'ai dit, c'est qu'il faut arriver par habitude à appliquer les forces sans avoir à prendre des mesures.

Je voudrais aussi répondre à l'objection que M. Villain m'a faite sur l'âge. A 20 ans je n'oserais pas entreprendre le traitement d'une atrésie. Je crois en effet qu'on peut remettre les dents en place, qu'on peut les régulariser à tout âge, mais se maintiennent-elles dans leur nouvelle position ?

Je crois qu'elles peuvent en effet s'y maintenir, mais à la condition que l'articulation soit rétablie d'une manière exacte, de façon que ce ne soit pas seulement par le port d'appareils de contention que les dents conservent leur nouvelle position, car ce

qu'il faut obtenir, c'est qu'une fois les appareils de contention retirés, les dents ne risquent pas de reprendre leur ancienne position. Il s'agirait de savoir combien de temps on doit laisser en place un appareil de contention à cet âge-là.

Voici précisément une observation prise chez un étudiant en médecine. (M. Gallavardin donne lecture de son observation.)

M. Georges Villain. — Avez-vous conduit ce redressement ? En combien de temps ?

M. Gallavardin. — En trois mois.

M. Georges Villain. — A mon avis, votre redressement a été conduit beaucoup trop vite. Plus le redressement a été conduit avec rapidité, plus la contention est difficile.

M. Gallavardin. — J'ai déjà remarqué l'avantage d'une conduite lente du traitement, témoin le premier cas que je vous ai montré, où le redressement a été fait en deux ans.

Le président. — Je remercie M. Gallavardin de sa communication. Nous lui adressons surtout toutes nos félicitations pour les photographies extrêmement bien faites et extrêmement claires qu'il nous a présentées. Comme nous ne pouvons voir les malades, qui sont un peu éloignés de Paris, les photographies qu'il nous a soumises nous ont permis de bien juger les cas.

M. Gallavardin nous a fait un exposé un peu trop modeste de ses travaux. Je crois qu'il en a une collection considérable. Nous aurons tout le loisir d'examiner ses collections à tête reposée et de voir les résultats qu'il a obtenus avec les appareils qu'il a employés, aussi différents les uns des autres.

IV. — Un gnathomètre, par M. Ruppe.

M. Ruppe donne lecture de sa communication, présente son appareil et en explique le fonctionnement (V. p. 289).

Discussion.

M. Georges Villain. — J'ai déjà dit à M. Ruppe tout ce que je pensais de son appareil lorsqu'il nous l'a présenté à la réunion de la Fédération.

Cet appareil était tout à fait utile et vient à son heure. Nous sommes arrivés, évidemment, à un point de l'orthopédie dento-maxillaire où nous avons besoin de données plus précises. La classification que j'ai eu l'honneur de vous présenter ici, puis la terminologie intervenue à la suite des discussions qu'elle suscita entre M. Frey et moi, procèdent d'une méthode anatomique que nous pourrions appeler *méthode des rapports* pour déterminer si ces rapports sont corrects ou non. Nous ne devons pas nous fier simplement à notre jugement esthétique, nous devrons conti–

nuer à y faire appel, parce qu'il ne faut pas ramener mathématiquement toutes les têtes à des proportions déterminées, mais il nous faut maintenant des basses fixes pour nous guider. Or cette base qui nous est nécessaire, nous la trouvons dans la mesure des angles, de la ligne très précise du profil que nous obtenons avec le gnathomètre, ligne qui est toujours fausse ou presque toujours à l'aide de photographies.

Les photographies nous serviront toujours au point de vue esthétique, mais dans la précision des directions à donner aux dents, dans le choix des forces à exercer avec les appareils, le gnathomètre de Ruppe nous donnera des indications précises et fort précieuses.

Je voudrais cependant demander à M. Ruppe un détail :

Lorsque le malade mord sur la petite plaquette très mince, n'y a-t-il pas une modification de la distance naso-mentonnière ? Les malades peuvent-ils déprimer suffisamment la plaquette ?

M. Ruppe. — Il faut que cette plaquette prenne exactement la courbe, il faut que les cuspides la pénètrent. Il n'y a qu'à trouver un métal plus souple encore, mais je crois que c'est suffisant actuellement.

M. Georges Villain. — Je crois qu'avec cet appareil on pourra arriver dans l'avenir, à l'aide de schémas, à préciser sans crainte de se tromper le traitement à faire intervenir.

M. Georges Villain. — Il est parfois difficile de savoir si nous devons agir sur les dents du maxillaire supérieur ou sur celles du maxillaire inférieur.

Angle prétend que la dent de 6 ans supérieure occupe toujours une position normale. Sa classification est basée sur la position normale de la dent de 6 ans supérieure.

A Berlin je me suis élevé contre ce dogme. Je suis certain qu'avec la mensuration précise qu'on pourra obtenir avec cet appareil nous arriverons à établir, à mesurer la situation exacte qu'une dent doit occuper sur la position sagittale. Nous pourrons avec l'appareil préciser que la dent de 6 ans supérieure est susceptible d'être déplacée comme les autres et que ce que Angle appelle sa deuxième classe dans les malocclusions distales inférieures est souvent une malocclusion mésiale supérieure. C'est ici que le traitement est délicat à entreprendre. Nous ne savons pas au juste si la malocclusion est distale inférieure ou mésiale supérieure. Nous nous fions uniquement à notre jugement esthétique pour le diagnostic. Parfois nous sommes susceptibles de faire des erreurs et j'en ai fait, évidemment ; au cours d'un traitement j'ai été plus d'une fois obligé de modifier mon diagnostic et de prendre mon traitement en sens inverse parce que j'abîmais mon sujet au lieu de l'améliorer.

C'est là un incident qui ne doit pas nous arriver et qui ne nous arrivera pas avec un appareil donnant des indications aussi précises que l'appareil de M. Ruppe pourra nous donner.

Le président. — Je remercie M. Ruppe de sa communication, de ses chiffres extrêmement intéressants et des horizons nouveaux qu'il ouvre pour l'esthétique de nos contemporains.

Il pourra se faire même que nous arrivions à modifier cette esthétique puisqu'il propose déjà de prendre un enfant en bas âge pour le mesurer. De là à modifier dès le bas âge ceux qui ne seront pas très bien, il n'y a qu'un pas, de sorte que nous trouverons d'ici quelque temps à Paris, chez les patients de M. Ruppe au moins, un type esthétique tout à fait parfait.

M. Georges Villain. — L'appareil que nous présente M. Ruppe est non seulement intéressant pour nous, mais il peut être intéressant et il l'est sans aucun doute pour les anthropologistes.

Je souhaiterais que M. Ruppe allât à Tunis. Depuis quelques années il y a une séance mixte d'anthropologistes et d'odontologistes. Nous avons à apprendre chez eux. Les anthropologistes pourraient très bien nous aider dans nombre de cas. Notre collaboration pourrait de même leur être utile.

Le président. — Ils se plaignent de ne pas avoir de données précises pour pouvoir interpréter certains faits.

M. Georges Villain. — Lorsqu'on étudie leurs traités, on est étonné, car il y a des choses fantastiques sur le prognathisme.

J'aimerais bien que M. Ruppe pût aller à Tunis, ou sinon qu'il confiât son appareil à un représentant de notre Société par exemple M. Roy, qui pourrait le présenter en son nom.

M. Roy. — J'appuie très vivement l'idée de M. Georges Villain, parce qu'il y aurait intérêt à vulgariser cet appareil parmi les anthropologistes qui pourront y apporter des perfectionnements et nous donner des indications très utiles de mensurations au point de vue des races, des différents types humains.

M. Mendel-Joseph. — Au point de vue des sciences anthropologiques en général, cet appareil est utile.

M. Roy. — Il est extrêmement ingénieux au point de vue du profil. On peut le généraliser, il pourrait servir aussi à prendre le profil de tout le corps.

La séance est levée à 11 h. 3/4.

Le secrétaire général,
R. LEMIÈRE.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance de mars 1913.

I. — Mal perforant buccal chez une tabétique.

M. Pietkiewicz présente une malade âgée de 36 ans qui a été internée à l'asile de Villejuif, il y a quelques mois pour gâtisme et morphinomanie. Or c'est une tabétique qui a eu des crises gastriques avec vomissements, des crises vésicales et rectales des douleurs fulgurantes ; elle n'a pas d'incoordination. On ne retrouve pas dans ses antécédents la syphilis, mais la malade a eu plusieurs fausses couches et des grossesses à terme avec fœtus mort. Ce qui est très intéressant chez cette malade, c'est qu'elle présente des troubles trophiques dans la région de la cinquième paire, et cela au niveau de l'œil, du nez, de la bouche. Les troubles visuels sont caractérisés par de la contraction et de l'inégalité pupillaire ; le nez présente une perforation de la cloison nasale ; la bouche montre une atrophie du maxillaire supérieur avec des dents branlantes qui tombent une à une et à la partie antérieure, incisive, une ulcération de la muqueuse avec suppuration et destruction du tissu alvéolaire ; le diagnostic posé, est mal perforant buccal chez une tabétique à la première période.

II. — Mal perforant buccal chez un paralytique général.

MM. Chompret et *Izard* présentent un malade âgé de 39 ans, tapissier, qui n'a pas d'antécédents héréditaires importants et nie toute syphilis ; mais ce malade a des vertiges, des céphalées et on a noté chez lui un changement de caractère tout à fait caractéristique. Wassermann positif. M. X... a peu souffert des dents jusqu'à il y a 3 ans, époque à laquelle les dents du maxillaire supérieur devinrent mobiles, à tel point que plusieurs furent enlevées par le malade lui-même. Une prothèse fut faite qui cassa, et il apparut alors en arrière des incisives une ulcération et de la suppuration ; il y a en plus de l'analgésie. Bientôt la résorption alvéolaire est très accentuée et il existe un séquestre antérieur. En deux mois, toutes les dents supérieures tombent ainsi que le séquestre. Le diagnostic posé, est mal perforant buccal chez un homme atteint de paralysie générale commençante. Ces deux observations montrent bien que le mal perforant buccal s'observe au début du tabès et de la paralysie générale.

III. — Dent de sagesse et radiographie.

M. Chompret rapporte l'observation d'une malade âgée de 30

ans qui subitement est prise de douleurs au niveau de la dent de sagesse inférieure droite avec gêne fonctionnelle. L'extraction est pratiquée mais la dent casse, seule la couronne est enlevée. A la suite de cette tentative d'extraction la malade fut atteinte de douleurs terribles et de trismus ; des lavages antiseptiques fréquents furent conseillés et on attendit que les phénomènes inflammatoires s'amendent. Une radiographie fut faite alors qui montra une dent complètement couchée et recouverte non seulement par de la muqueuse mais aussi par du tissu osseux.

Les tissus muqueux et osseux situés au-dessus de la dent et correspondant à l'angle du maxillaire furent détruits de façon à libérer la dent sur sa face supérieure ; puis à l'aide de l'angle droit et d'une grosse fraise à fissures on creusa un fossé externe le long de la dent et avec l'élévateur droit avec une facilité extrême la dent fut extraite. L'auteur insiste sur les résultats fournis par la radiographie qui ont permis de fixer nettement les limites et l'emplacement de la dent et sur la formation à la fraise du fossé externe qui permet de placer l'instrument.

IV. — Accidents graves en rapport avec la dent de sagesse.

M. Maurel rapporte l'observation extrêmement intéressante d'un homme qui fut atteint de lésions osseuses graves du maxillaire inférieur à la suite d'accidents de la dent de sagesse. A 22 ans, subitement le malade est atteint d'œdème, de douleur au niveau de la dent de sagesse inférieure droite avec trismus, symptômes qui disparurent rapidement sans que l'on intervienne chirurgicalement, puis jusqu'à l'âge de 37 ans il n'y a rien. En 1911 apparaît de nouveau de l'œdème, du trismus, de la douleur de la région avec ganglions ; bientôt tous ces symptômes s'apaisent, mais reparaissent l'année suivante. Au mois d'octobre 1912, on pratique l'extraction de la dent de sagesse, mais malheureusement elle se fracture. Quelques jours après, douleurs intenses, trismus, œdème volumineux, ganglions douloureux et tuméfiés; on se contente de faire des lavages et des applications de neo-salvarsan. Dans le courant de novembre le malade entre à l'hôpital et, sous anesthésie générale, après résection de la table externe de l'os, on pratique l'extraction des racines. A la suite de lavages fréquents et des pansements, le malade va mieux et sort de l'hôpital fin novembre ; mais les symptômes infectieux ne sont pas complètement disparus. Quelques jours après le malade est de nouveau atteint d'œdème de trismus, de douleurs vives et présente tous les signes d'un adéno-phlegmon ; malgré des pansements antiseptiques, les symptômes ne diminuent pas et la suppuration buccale continue. Le 11 décembre, sous anesthésie générale, on ouvre l'adéno-phlegmon

sous-maxillaire, et à la curette, on gratte l'ostéite infectieuse au niveau de la dent de sagesse. Vers le 20 décembre le malade sort de l'hôpital en meilleur état, mais non guéri. A la fin de décembre, il revint, ayant encore du trismus, de la douleur et des ganglions gros et très douloureux ; la suppuration continue. Enfin le 10 janvier, un séquestre d'environ deux centimètres carrés est éliminé. Les jours suivants le malade va mieux, mais, la guérison se faisant attendre, l'œdème et le trismus subsistant toujours, une radiographie est faite qui montre la présence d'un autre séquestre au niveau de la branche montante avec foyer d'ostéite assez étendu. Cette observation montre combien peuvent être graves les accidents de dents de sagesse et par eux-mêmes et par les complications qu'ils peuvent engendrer.

P. VANEL.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Congrès de Tunis.

14e *Section* (Odontologie).

Nous avons publié le programme général du Congrès, la liste des communications et des adhérents de la section d'odontologie.

Complétons aujourd'hui ces indications, en attendant le compte rendu, que nous donnerons dans un prochain numéro.

Notre collaborateur M. P. Vanel, chargé de représenter *L'Odontologie* à ce Congrès, est malheureusement revenu malade de Tunisie, ce qui retardera un peu cette publication. En nous excusant auprès de nos lecteurs de ce retard, nous formons les vœux les plus vifs pour le prompt rétablissement de M. Vanel, auquel nous adressons l'expression de toute notre sympathie.

BUREAU

Présidents d'honneur : MM. Godon, Pont (Lyon).
Président : M. Barden.
Vice-présidents : MM. Vichot (Lyon), Nux (Toulouse).
Secrétaire général : M. Vanel.

Un comité local de dentistes tunisiens, notamment MM. Wadington, Albin, Hélot, Mlle Steiner etc., s'était formé pour recevoir les confrères continentaux.

La séance d'ouverture du Congrès a eu lieu au Théâtre municipal.

Le dimanche 23 mars excursions générales.

Le lundi 24 mars, de 8 h. 1/2 à midi, première séance de la section avec l'ordre du jour suivant :

1° Allocution du président.

2° M. Zimmermann (Paris). — Présentation de bridges amovibles.

3° M. Pont (Lyon). — Chronologie de la dentition.

4° M. Morche (Paris). — Utilité des fiches de traitement.

5° M. Thommaso Albin (Tunis). — La dentisterie en Tunisie.

6° M. Godon. — Etude des pressions vestibulo-linguales et linguo-vestibulaires subies par les dents pendant la mastication.

7° M. Nux (Toulouse). — Deux cas de nécrose grave du maxillaire inférieur.

8° M. Vanel (Paris). — Anesthésie locale par l'association de produits anesthésiques avec l'eau oxygénée.

9° Nomination du président pour le prochain Congrès, qui aura lieu au Havre. M. Audy a été élu.

10° Photographie des membres de la section.

Le soir, à 7 heures, banquet de la section à Tunisia-Palace.

Le mercredi 26 *mars*, de 9 h. à midi, 2e séance de la section avec l'ordre du jour suivant :

1° M. Franchette (Paris). — Présentation d'un pneumo-anesthésiographe.

2° M. Soulard (Lyon). — L'anesthésie régionale en art dentaire.

3° M. Touvet-Fanton (Paris). — Pièce à main à décortiquer, user, polir, pour bridges, inlays, émaux.

4° MM. Le Quellec et Frison (Paris). — Un cas de nécroses multiples du maxillaire inférieur.

5°, 6°, 7° Communications de MM. Audy (Senlis), Vicat (Lyon), Tzanck (Paris).

8° M. Vichot (Lyon). — Nouveau traitement de la pyorrhée alvéolaire.

9° M. Lemière (Paris). — Surveillance de l'état général pendant le traitement.

10°, 11° Communications de MM. Reynal (Marseille), Hélot (Sidi-bel-Abbès).

Le jeudi 27 *mars*, matin, séance de clôture de la section :

1° Discussion générale des communications.

2° Visite des autres sections.

M. Roy (Paris) a été nommé délégué de la section au Conseil d'administration.

M. Godon (Paris) a été nommé délégué de la section à la Commission des subventions.

L'assemblée a adopté quatre vœux relatifs :

1° Au service militaire des chirurgiens-dentistes.

2° A la réduction des études dentaires à 4 ans.

3° A l'inspection dentaire semestrielle.

4° A l'organisation professionnelle en Tunisie ; création de sociétés, etc.

Une exposition de la section, comprenant des appareils et bijoux en or coulé, la presse Solbrig-Platschick, de la maison Ash, a été présentée par M. Zimmermann.

La séance de clôture du Congrès a eu lieu à l'hôtel des Sociétés françaises.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE SERVICE MILITAIRE ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES

Nous avons annoncé dans notre dernier numéro que le Bureau de la Fédération dentaire nationale a demandé au Ministre de la Guerre une audience pour l'entretenir de la situation faite actuellement aux chirurgiens-dentistes au point de vue militaire et des mesures qui lui paraissent devoir être prises pour y remédier, dans l'intérêt général de l'armée et de la profession. Ces mesures pourraient intervenir à l'occasion de la discussion par le Parlement du projet de loi déposé pour augmenter la durée du service militaire.

Le Ministre a répondu qu'il ne lui était pas possible en ce moment d'accorder cette audience.

Le Bureau de la Fédération lui a alors adressé le rapport suivant, qu'il se proposait de lui remettre dans cette entrevue.

RAPPORT

Adressé par la Fédération Dentaire Nationale

AU MINISTRE DE LA GUERRE.

Paris, le 15 mars 1913.

Monsieur le Ministre,

Au moment où le Parlement va examiner le projet de loi portant à trois ans la durée du service militaire, que vous avez déposé tout récemment sur le bureau de la Chambre des députés, nous nous permettons, au nom de la Fédération dentaire nationale française, composée de 23 sociétés professionnelles, d'attirer votre bienveillante attention sur la situation des chirurgiens-dentistes au point de vue militaire.

Comme les autres appelés, les chirurgiens-dentistes prennent place dans le rang et sont soumis aux mêmes obligations. Quelques-uns sont chargés par les médecins-majors du service de stomatologie créé par la circulaire du 10 octobre 1907, mais à titre purement précaire et sans aucune espèce d'avantages. Leur temps de service actif fini, qu'ils soient restés dans le rang ou qu'ils aient été employés au cabinet dentaire, ils sont libérés sans grade et versés dans la réserve comme soldats de 2e classe. Il en est de même des étudiants en chirurgie dentaire en cours d'études et comptant déjà un certain nombre d'inscriptions.

Cependant, ainsi que vous ne l'ignorez pas, le diplôme de chi-

rurgien-dentiste, créé par la loi du 30 novembre 1892, ne peut s'obtenir, d'après le décret du 11 janvier 1909, qu'après 5 ans d'études, savoir deux ans de stage et trois ans de scolarité, qu'après un examen de validation de stage et trois examens de fin d'année, subis tous devant une Faculté de médecine. Ajoutons que, seuls, la baccalauréat, le brevet de l'enseignement supérieur et le certificat d'études primaires supérieures permettent de commencer ces 5 années d'études en vue de l'obtention de ce diplôme.

D'autre part, le programme de ces études présente quelque analogie — toute proportion gardée — avec celui des études médicales, d'une durée de 6 années, conduisant au diplôme de docteur en médecine : sciences physiques (physique, chimie, mécanique, métallurgie), sciences médicales (anatomie, physiologie, bactériologie, asepsie, antisepsie, sémiologie, auscultation, hygiène, pathologie interne, externe et générale, anesthésie et thérapeutique).

La situation des chirurgiens-dentistes au point de vue des études est donc analogue à celle des médecins, des pharmaciens et des vétérinaires. Il semble donc logique que les règles qui sont appliquées à ceux-ci en matière militaire soient appliquées aux chirurgiens-dentistes qui remplissent un emploi de leur spécialité durant leur temps de service.

Or, dans les conditions actuelles, leur utilisation dans les services dentaires, pour lesquels leur concours est cependant indispensable, est subordonnée au bon vouloir du chef de corps et du médecin militaire, qui peuvent, comme cela arrive trop fréquemment, les laisser dans le rang et faire perdre au corps de troupe auquel ils appartiennent le bénéfice du concours qu'ils pourraient donner pour assurer le service créé par la circulaire du 10 octobre 1907.

Si cependant, un soldat chirurgien-dentiste est désigné pour le cabinet dentaire annexé à l'infirmerie, ce qui est l'exception, il est et reste l'égal des autres hommes qu'il est appelé à soigner, il n'a aucune autorité pour se faire obéir et est le subordonné du caporal infirmier. Quels que soient son zèle, ses qualités, sa bonne conduite, il ne peut aspirer à s'élever dans la hiérarchie militaire comme cela est possible dans les autres services militaires et il ne pourra bénéficier des dispositions que la nouvelle loi prévoit pour les médecins, les pharmaciens, les vétérinaires.

La Fédération dentaire nationale française pense, Monsieur le Ministre, que cette situation crée aux chirurgiens-dentistes un état d'infériorité qui implique en quelque sorte une méconnaissance de leur diplôme, de leur titre et des études qu'ils ont faites.

Il nous paraît qu'en ne tirant pas parti du savoir professionnel des chirurgiens-dentistes, qui peuvent être d'un grand secours

pour les soins des malades et des blessés, pour la confection des appareils prothétiques buccaux et autres, à laquelle ils sont habitués et qui est leur spécialité, appareils nécessaires aux mutilés en temps de guerre comme en temps de paix, l'armée française se prive d'utiles concours et le Service de santé néglige de précieux auxiliaires dont le rôle est particulièrement indiqué pour assurer l'exécution de la circulaire du 10 octobre 1907 organisant le service de stomatologie de l'armée.

Nous estimons qu'un corps spécial de chirurgiens-dentistes militaires avec une hiérarchie propre, sur le modèle de celui qui existe en Allemagne pour l'armée de terre et de ceux qui fonctionnent dans les Etats-Unis d'Amérique pour l'armée de terre et pour l'armée de mer, pourrait être créé efficacement par la suite. Mais nous n'envisageons cette création que comme une éventualité d'avenir et nous nous bornons à la recommander à l'étude du Service de santé, donnant pour le moment la préférence à un système qui n'imposerait aucune charge financière nouvelle, qui ne changerait en rien l'économie du projet de loi précité et qui serait d'une réalisation immédiate, aussitôt ce projet voté.

Nous demandons uniquement, en raison de l'analogie qui existe entre les études faites par les médecins et celles qui sont faites par les chirurgiens-dentistes, l'assimilation des chirurgiens-dentistes et des étudiants en chirurgie dentaire pourvus d'un certain nombre d'inscriptions, huit par exemple, aux docteurs ou étudiants en médecine dans les conditions prévues par l'article 10 du projet de loi en question. De la sorte, à la fin de leur première année de service et après avoir subi avec succès un examen de chirurgien-dentiste auxiliaire, *qu'il y aurait lieu d'instituer*, ces jeunes praticiens ou futurs praticiens accompliraient leurs 2e et 3e années de service comme chirurgiens-dentistes auxiliaires, avec le grade d'adjudant par exemple.

De même, avec l'engagement d'accomplir trois périodes supplémentaires d'instruction dans la réserve, ces jeunes gens, après avoir subi avec succès, à la fin du 3e semestre, les épreuves d'un concours pour le grade d'aide chirurgien-dentiste de réserve, concours *qu'il y aurait également lieu d'instituer*, seraient nommés aspirants et accompliraient en cette qualité leur 4e semestre de service.

Enfin, ces aspirants seraient nommés aides-chirurgiens-dentistes de réserve, à l'expiration du 4e semestre, et accompliraient en cette qualité leur 3e année de service dans l'armée active.

Il va de soi que chirurgiens-dentistes et étudiants en chirurgie dentaire commenceraient par faire leurs classes et que ce ne serait qu'après celles-ci qu'ils seraient affectés aux services den-

taires, avec les titres précités. Ajoutons que, dans tous les cas, ils pourraient être rattachés au Service de santé et subordonnés aux médecins de ce Service.

Telles sont, Monsieur le Ministre, les propositions que nous avons l'honneur de soumettre à votre bienveillant intérêt, dans la pensée qu'en leur donnant une suite favorable vous réaliserez un important progrès pour le bien de notre armée nationale, tout en tenant compte des légitimes désirs d'une profession libérale qui concourt si puissamment à l'amélioration de l'hygiène et à la conservation de la santé générale.

CONCLUSIONS.

Nous demandons l'adjonction à l'article 10 du projet de loi des trois paragraphes suivants :

« Les jeunes gens pourvus du diplôme de chirurgien-dentiste ou ayant terminé la 4e année d'études, c'est-à-dire ayant deux ans de stage et huit inscriptions, et qui ont subi avec succès à la fin de la première année de service l'examen de dentiste auxiliaire, sont nommés à cet emploi et accomplissent leurs 2e et 3e années de service comme dentistes auxiliaires.

» Les dentistes auxiliaires jouiront des droits et prérogatives attachés à l'emploi de médecin ou de vétérinaire auxiliaire.

» Un règlement d'administration publique déterminera les conditions d'admission et les matières de cet examen. »

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'hommage de nos sentiments respectueux et dévoués.

Pour la Fédération dentaire nationale.

Le président, A. BLATTER.

Le secrétaire général, HENRI VILLAIN.

Sur cette question même du service militaire des chirurgiens-dentistes nous avons reçu la communication suivante, que nous nous empressons de publier.

Association Amicale des étudiants et anciens étudiants en chirurgie dentaire de la Faculté de Médecine de Nancy.

Camarades,

Vous n'ignorez pas que le Gouvernement vient de déposer un projet de loi rétablissant le service militaire de 3 ans. Cette décision a été prise pour opposer aux efforts formidables des Alle-

mands une puissance militaire plus grande. La France entière accepte fièrement et noblement ce nouvel impôt.

La jeunesse universitaire n'est pas insensible à cet élan de patriotisme ; c'est avec grande joie qu'elle ira grossir le nombre des défenseurs de la Patrie. Vous avez sans doute remarqué que dans le projet de loi déposé à la Chambre il est fait mention des prérogatives accordées aux étudiants en médecine, pharmacie et médecine vétérinaires. Les étudiants en *dentisterie,* comme toujours sont oubliés. Il y a là une lacune regrettable que nous ne devons et pouvons laisser ainsi. L'utilité du dentiste militaire est manifeste, indispensable. Des cabinets dentaires ont été créés par ordre ministériel dans chaque régiment. Les soins y sont donnés par un chirurgien-dentiste, accomplissant son service comme simple soldat de 2e classe.

Il ne peut par sa fonction obtenir aucun grade ; pourtant par les études qu'il a faites il peut prétendre à de plus hautes destinées. N'exige-t-on pas de nous le baccalauréat et 5 années d'études depuis le décret de 1909 ?

Le titre d'infirmier est insuffisant, ne nous donnant pas l'autorité nécessaire pour exercer d'une manière efficace notre profession.

Camarades, il faut nous grouper, former un bloc indivisible, pour obtenir les prérogatives accordées aux élèves des grandes écoles.

Si tel est votre avis, que vos revendications soient formulées sans retard.

Pourquoi resterions-nous en arrière ? Que justice nous soit rendue !

Le secrétaire,
FEUILLADE.

Le président,
N. BOIVIN.

LES DIPLOMES DE CHIRURGIEN-DENTISTE D'UNIVERSITÉ

Le 19 novembre 1912, M. Guist'hau, alors Ministre de l'Instruction publique, a signé l'arrêté ci-dessous dont nous nous étions abstenus de parler, parce qu'aucune publicité n'avait été donnée à cet arrêté, qui, notamment, n'a pas été inséré au Journal officiel.

M. Peyroux, député, a adressé à ce sujet, au Ministre de l'Instruction publique, une série de questions que nous croyons intéressant de reproduire avec les réponses du Ministre.

Arrêté du Ministre de l'Instruction publique.

« Sont admis à solliciter le diplôme de chirurgien-dentiste, les étrangers qui auront obtenu l'autorisation d'accomplir leur stage et leur scolarité à la Faculté de médecine de l'*Université de Nancy* avec dispense des grades, brevets ou certificats exigés par le décret du 11 janvier 1909 et qui auront subi devant la Faculté les examens prévus par le dit décret.

» Des dispenses de stage et la dispense de l'examen de validation de stage pourront être accordées sur justification du stage qu'ils auront accompli chez un praticien ou dans une Ecole dentaire à l'étranger. »

Voici les questions écrites publiées au Journal officiel *à ce sujet :*

2921. — QUESTION ÉCRITE, remise à la présidence de la Chambre des députés, le 5 mars 1913, par M. Peyroux, député, demandant à M. le Ministre de l'Instruction publique les raisons du *décret* rendu le 19 novembre 1912, admettant à solliciter le diplôme de chirurgien-dentiste les étrangers qui auront obtenu l'autorisation d'accomplir leur stage et leur scolarité à la Faculté de médecine de Nancy, avec dispense des grades, brevets ou certificats exigés par le décret du 11 janvier 1909, et qui auront subi, devant la Faculté, les examens prévus par le décret. (*Journal officiel* du 6 mars 1913, page 79.)

RÉPONSE *de M. le Ministre de l'Instruction publique* à la question nº 2921, posée par M. Peyroux, député, le 5 mars 1913.

L'ARRÊTÉ du 19 novembre 1912 qui fait l'objet de la question ne vise pas le diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste, mais bien

le diplôme institué par l'Université de Nancy à l'usage des étrangers. Or, ce dernier diplôme ne confère pas à ceux qui en sont titulaires le droit d'exercer en France.

Aucune dispense des grades, brevets ou certificats exigés par le décret du 11 janvier 1909 n'est accordée en vue du diplôme d'Etat. (*Journal officiel* du 8 mars 1913, page 883.)

2924. — QUESTION ÉCRITE, remise à la présidence de la Chambre, le 6 mars 1913, par M. Peyroux, député, demandant à M. le ministre de l'Instruction publique de lui faire connaître les raisons de l'arrêté en date du 19 novembre 1912 par lequel les dispenses de stage et la dispense de l'examen de validation de stage pourront être accordées aux étudiants étrangers de la Faculté de Nancy (chirurgiens-dentistes), sur justification du stage qu'ils auront accompli chez un praticien ou dans une école dentaire à l'étranger. (*Journal officiel*, 7 mars 1913, p. 833.)

RÉPONSE *de M. le ministre de l'Instruction publique* à la question nº 2924, posée par M. Peyroux, député, le 6 mars 1913, contenue dans le *Journal officiel* du 7 mars 1913, page 833.

M. Peyroux, député, demande à M. le ministre de l'Instruction publique de lui faire connaître les raisons de l'arrêté, en date du 19 novembre 1912, par lequel les dispenses de stage et la dispense de l'examen de validation de stage pourront être accordées aux étudiants étrangers de la faculté de Nancy (chirurgiens-dentistes), sur justification du stage qu'ils auront accompli chez un praticien ou dans une *école dentaire* à l'étranger.

RÉPONSE.

Ainsi qu'on l'a fait connaître,en répondant à la question nº 2921 ayant trait au même objet, l'arrêté du 19 novembre 1912 ne vise pas le diplôme d'Etat de *chirurgien-dentiste,* mais bien le diplôme universitaire ne donnant pas droit à l'exercice en France. Or, si les étudiants étrangers qui postulent le diplôme d'Etat sont astreints aux mêmes conditions que nos étudiants nationaux, il est de jurisprudence d'accorder des facilités d'études à ceux d'entre eux qui postulent le diplôme universitaire ne conférant pas le droit d'exercer en France. Cette jurisprudence a été établie à la suite d'un ample débat qui s'est ouvert en 1896 à la Chambre des députés à l'occasion des étudiants en médecine étrangers.

L'arrêté du 19 novembre 1912, rendu sur proposition de la Faculté de médecine et du Conseil de l'université de Nancy et après avis de la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique, est conforme à la jurisprudence dont il s'agit. (*Journal officiel* du 11 mars 1913.)

Le Journal officiel *publie également les questions suivantes qui n'ont pas encore reçu de réponse à l'heure actuelle.*

2981. — QUESTION ÉCRITE, remise à la présidence de la Chambre le 12 mars 1913, par M. Peyroux, député, demandant à M. le ministre de l'Instruction publique de lui faire connaître si la Faculté de médecine et le Conseil de l'université de Nancy, si la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique, qui ont formulé, les premiers, une proposition, la seconde, un avis, sur lesquels a été rendu l'arrêté du 19 novembre 1912, avaient connaissance des poursuites engagées à l'étranger contre de nombreux *pseudo-dentistes.*

2982. — QUESTION ÉCRITE, remise à la présidence de la Chambre, le 12 mars 1913, par M. Peyroux, député, demandant à M. le ministre de l'Instruction publique de lui faire connaître le nombre des étudiants *chirurgiens-dentistes* français, le nombre des étudiants chirurgiens-dentistes étrangers, régulièrement inscrits devant la Faculté de médecine de Nancy.

2983. — QUESTION ÉCRITE, remise à la présidence de la Chambre, le 12 mars 1913, par M. Peyroux, député, demandant à M. le ministre de l'Instruction publique si l'arrêté du 19 novembre 1912 est limité à la Faculté de médecine de Nancy, ou si, au contraire, il est étendu à toutes les Facultés de médecine de France ; enfin, s'il est limité à la Faculté de médecine de Nancy, quelles sont les raisons pour lesquelles cette Faculté a été choisie de préférence aux autres.

2984. — QUESTION ÉCRITE, remise à la présidence de la Chambre, le 12 mars 1913, par M. Peyroux, député, demandant à M. le ministre de l'Instruction publique de lui faire connaître le nombre des *chirurgiens-dentistes* étrangers qui, ayant obtenu leur diplôme universitaire, ont ultérieurement fait transformer celui-ci en diplôme d'Etat bien que n'ayant pas obtenu les grades, brevets ou certificats exigés par le décret du 11 janvier 1909. (*Journal officiel* du 13 mars 1913, page 981.)

---

*Nous lisons à ce sujet dans l'*Eclaireur de l'Est *du 13 mars dernier, publié à Nancy, l'article suivant, que nous croyons utile de reproduire.*

Les chirurgiens-dentistes de l'Université de Nancy.

Les journaux de Nancy ont publié récemment un ordre du jour du Syndicat des chirurgiens-dentistes de Lorraine dans sa séance du 16 mars : M. le ministre de l'Instruction publique était prié de rapporter une décision prise, conformément à une délibération du conseil de l'Université de Nancy, au sujet de dispenses aux

étudiants étrangers, aspirant au diplôme de chirurgien-dentiste.

Le Syndicat paraît avoir été inexactement renseigné sur la question. Les diplômes de chirurgien-dentiste sont de deux sortes : diplômes d'Etat, qui seuls donnent le droit d'exercer en France, et ne peuvent être recherchés que par les étudiants munis de grades français ; diplômes d'Université, à l'usage des étudiants étrangers, et avec lesquels on ne peut pas exercer en notre pays.

Or, la décision ministérielle ne vise que cette seconde sorte de diplômes. Ils exigent cinq années d'études, dont les deux premières sous forme de stage. Comme les diplômes similaires en Allemagne peuvent s'obtenir au bout de trois années seulement, les Universités françaises étaient menacées de perdre toute leur clientèle étrangère d'étudiants de ce genre, au grand profit de l'Allemagne, où l'on n'a pas manqué de leur faire ressortir aussitôt cet avantage de trois années au lieu de cinq. Le conseil de l'Université de Nancy a donc demandé que les étrangers pussent être dispensés de faire leurs deux années de stage préalable en France, mais à la condition que ce stage fût accompli en leur pays et qu'ils en fournissent justification. La décision ministérielle du 19 novembre 1912 n'a pas d'autre objet.

C'était le seul moyen de conserver à Nancy une clientèle, non pas germanique, comme on paraît le croire (les Allemands ne viennent guère en France pour leurs études de dentistes, étant pourvus chez eux de fort beaux Instituts dentaires), mais bien une clientèle d'étudiants et d'étudiantes des pays slaves, qui, faute de cela, se détourneraient de nous.

Et, de fait, depuis une douzaine d'années que la Faculté de médecine de Nancy a organisé son Institut dentaire (elle a même été la première en France pour cette heureuse création), ses étudiants étrangers ont toujours été, pour ce genre d'études des Russes, des Bulgares, des Serbes, etc., tous retournés dans leurs pays d'origine pour y exercer avec un diplôme d'Université française.

De 1903 à novembre 1912 inclus, 49 diplômes de chirurgien-dentiste de l'Université de Nancy ont été conférés. En voici le détail par nationalité : Bulgares, 39, dont 24 femmes ; sujets ottomans, 5 ; Russes, 3 ; Roumain, 1 ; Alsacien-Lorrain, 1.

Le syndicat des chirurgiens-dentistes de Lorraine s'est donc ému à tort : la mesure en question, d'une part, ne saurait léser en rien dans leurs intérêts particuliers les praticiens français exerçant en France ; d'autre part, au contraire, elle sert l'intérêt général de notre pays en permettant à une Université française de préparer, pour des pays amis, un personnel de praticiens qui gardent (nous en avons les preuves) un excellent souvenir de leur séjour en Lorraine et des études faites à Nancy.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

MANIFESTATION DE SYMPATHIE
en l'honneur du Prof. Brophy.

Nous avons annoncé, dans notre numéro du 30 novembre dernier, que le Comité exécutif de la F. D. N. avait décidé, dans sa réunion du 9 du même mois, de demander les palmes académiques pour le prof. Brophy, en raison des services rendus par lui à la profession.

Nous avons annoncé également, dans notre numéro du 30 janvier, qu'une manifestation de sympathie était organisée en son honneur par ses confrères américains pour le 1er février 1913 et que des adresses lui avaient été envoyées par la F. D. N., la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris et la Société d'Odontologie de Paris à cette occasion.

Le prof. Brophy est une des illustrations de la profession dentaire et de la profession médicale. Il est notamment l'inventeur d'un procédé opératoire du bec-de-lièvre, qu'il est venu démontrer à Paris lors du Congrès dentaire international de 1900, à Londres en 1911 et à Paris en 1911 également.

Fondateur de l'Ecole de chirurgie dentaire de Chicago en 1881, il en est le président depuis cette époque ; depuis cette date il est aussi professeur de chirurgie buccale, dans cette école, et doyen de la Faculté.

En 1893 il fit reconstruire et installer cette école à ses frais. Il est professeur de chirurgie à l'Ecole de médecine Rush de l'Université de Chicago, chirurgien et dentiste de plusieurs hôpitaux de cette ville ; il est président effectif ou président d'honneur d'un grand nombre de sociétés scientifiques américaines et membre associé ou honoraire de plusieurs sociétés européennes.

Il est l'auteur de très nombreux travaux scientifiques sur des sujets dentaires ou médicaux. Il a été pendant dix ans président de la Commission d'enseignement de la Fédération dentaire internationale et à ce titre a contribué pour une large part à toutes les réformes qui se sont faites depuis 12 ans dans l'enseignement odontologique du monde et il a participé de la manière la plus active au Congrès international de Paris en 1900, ainsi qu'aux diverses autres réunions internationales.

Nous publions ci-après le compte rendu de la fête qui lui a été

offerte par la Société dentaire de Chicago le 1er février à l'hôtel La Salle, à Chicago.

A 8 h. du soir cinq cents dentistes se trouvaient réunis au dix-neuvième étage de cet hôtel.

Après la prière d'usage, commença le banquet, entremêlé de chansons chantées en chœur par les convives. A une tribune surélevée avaient pris place le prof. Brophy et les membres devant prononcer un discours. Une tribune était aussi spécialement réservée aux dames.

Le premier discours fut prononcé par M. Charles N. Johnson, qui, en termes émus et très spirituels, rappela des souvenirs personnels.

La parole fut ensuite donnée à M. Edwin T. Darby, de Philadelphie ; puis vint le tour de M. Newell S. Jenkins, de Paris, qui fut très applaudi. M. V. H. G. Logan parla en remplacement de M. John B. Murphy. M. F. Bush, de Winnipeg et le pasteur W. M. Lawrence Hamilton, de New-York, lui succédèrent.

Ensuite le Baron H. de Saint-Laurent annonça au prof. Brophy sa nomination au grade d'officier de l'Instruction publique.

Il fut donné lecture de télégrammes de félicitations, entre autres de MM. Godon, Davenport, Heidé, etc.

Des présents furent ensuite offerts de la part de la F. D. I., de la Société dentaire américaine d'Europe, de la Fédération stomatologique italienne, de l'Association des chirurgiens-dentistes danois, de la Société odontologique espagnole, de la Société nationale des dentistes autrichiens, de l'Association dentaire norvégienne, de l'American Dental Club of Paris, etc.

A 2 heures du matin la parole put être donnée à M. Brophy, qui, dans un beau et éloquent discours, remercia chaleureusement tous ses amis et tous les assistants. Son discours fut couvert par un tonnerre d'applaudissements.

Albert HEIDÉ (Chicago).

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

Un de nos confrères M. X..., victime, en août 1910, d'un grave accident d'automobile, veut bien nous communiquer le jugement ci-après, rendu en sa faveur, après une longue procédure, en février 1913, par la Cour d'appel de Caen.

Il espère que cela intéressera tous les membres de la profession, les dentistes n'étant malheureusement pas à l'abri d'un accident.

Il avait pris place dans une automobile conduite par un de ses amis et, à Houlgate, à un croisement de routes, une collision violente se produisit avec une autre automobile conduite par M. Y... Cette dernière tenait sa gauche, au lieu de sa droite.

Notre confrère, grièvement blessé à la jambe, dut subir de nombreuses opérations et se remit très lentement, mais en restant estropié pour toute sa vie. Un an et demi après l'accident il fut examiné par des médecins-experts, nommés par la Cour d'appel, qui, dans leur rapport, le jugèrent atteint d'une incapacité partielle permanente dont le quantum pouvait être évalué à quarante pour cent. Se fondant sur ce rapport, notre confrère demanda une indemnité de cent mille francs à titre de réparation du préjudice qui lui a été causé. Cette somme fut trouvée trop élevée par la Cour qui rendit le jugement suivant :

Attendu qu'après l'accident X...dut séjourner dans une clinique à Caen, du 31 août au 6 novembre 1910, que son état y fut jugé si grave qu'il inspirait des craintes sérieuses de mort ainsi, que l'a attesté le médecin traitant dans un certificat du 11 octobre 1910; qu'après avoir passé quelque temps à Falaise, dans sa famille, X... ne put marcher qu'à l'aide de béquilles jusqu'au commencement de février 1911 ; qu'il retourna alors à Paris pour y suivre un traitement approprié.

Que ce ne fut qu'au mois d'octobre suivant et après avoir éprouvé de longues souffrances qu'il put reprendre sa profession de dentiste ; qu'il y a lieu aussi de tenir compte de ce que, après avoir suivi les cours de l'Ecole dentaire de Paris et avoir passé ses examens devant la Faculté de médecine de Paris, il est allé en Amérique se perfectionner à grands frais à l'Université de Chicago dans l'art dentaire et que, étant revenu diplômé, il pouvait aspirer à obtenir dans un avenir prochain une position importante et lucrative ; qu'il a été obligé d'y renoncer : Qu'il a ouvert un cabinet dentaire à Paris après plus d'une année d'attente, que non seulement il a dû supporter toutes les dépenses consécutives à l'accident, non seulement il a perdu plus d'une année de son travail, mais que, alors qu'il est à peine âgé de trente ans, il se trouve diminué pour toujours de ses aptitudes physiques, sa capacité de travail étant considérablement amoindrie; que sa profession

lui est rendue plus pénible désormais par la fatigue qu'il ressent dans la *station verticale,* ne pouvant appuyer convenablement sur le pied gauche resté ankylosé et déformé ; que, s'il est vrai, comme on l'a dit, que les progrès de la mécanique ont permis d'apporter des perfectionnements multiples à l'aménagement des cabinets de dentiste, le chirurgien-dentiste ne peut pas cependant toujours opérer assis, qu'il est obligé une partie du temps de rester debout auprès de son client ; que X... en éprouve une grande lassitude et de vives souffrances ; que de plus, à raison de l'état d'obésité marquée dont il est atteint, il subit une gêne d'autant plus pénible qu'il ne peut plus se livrer à aucune marche ni à aucun exercice musculaire pour se procurer quelque soulagement.

Attendu que, tout bien considéré, il convient de fixer à cinquante mille francs l'indemnité à laquelle il a droit, dans cette somme devant être compris les cinq mille francs déjà versés à titre de provision, que Y... devra lui payer cette somme.

Vu quant aux dépens l'article 130 du Code de procédure civile.

Par ces motifs :

La Cour, parties ouïes, M. l'avocat général entendu, après en avoir délibéré conformément à la loi,

Condamne Y... à payer à X..., à titre de dommages-intérêts, la somme de *cinquante mille francs* avec intérêts de droit, en réparation du préjudice qui lui a été causé : Dit que dans cette somme sont compris les 5.000 francs de provision déjà versés.

Condamne Y... aux dépens de première instance dans lesquels entrera au besoin à titre de supplément de dommages-intérêts le coût de l'Enregistrement de toutes pièces reconnues nécessaires.

BIBLIOGRAPHIE

Die Odontogenie der Primatenzähne.

M. le prof. L. Bolk, directeur de l'Institut anatomique de l'Université d'Amsterdam, a publié chez l'éditeur Gustave Fischer, d'Iéna, en allemand, un ouvrage intitulé : *L'Odontogénie des dents des primates.* Cet ouvrage, qui est un essai de solution des problèmes de la denture et qui compte 122 pages, avec 74 figures dans le texte et 2 planches, comprend une introduction et quatre parties principales : la bande d'émail latérale et la niche d'émail ; le septum d'émail et le bourgeon d'émail ; la bande de la glande rudimentaire ; rapport de la dent et de la denture des mammifères avec la dent et la denture des reptiles. Ce travail, qui nous paraît très approfondi, peut être d'un grand secours aux dentistes désireux de compléter et d'augmenter leurs connaissances en anatomie dentaire comparée.

Ueber neue Fortschritte in der Zahnheilkunde.

M. Wilhelm Pfaff, professeur à l'Université de Leipzig et directeur de l'Institut dentaire de cette Université, vient de publier chez l'éditeur Dyk, de cette ville, le onzième fascicule de sa collection. Ce fascicule de 93 pages, avec 96 figures dans le texte, est la deuxième partie des *Nouveaux progrès en dentisterie surtout en chirurgie dentaire et en orthodontie.* Il comprend trois chapitres : les fractures des maxillaires et leur traitement, la prothèse restauratrice, les nouveautés en orthodontie.

Cette publication complète heureusement la série de M.W. Pfaff.

Démonstrations Röntgen-bilder.

Le prof. Dieck, directeur de la section dentaire de l'Université de Berlin, vient de publier chez l'éditeur Hermann Meusser une collection de tableaux devant servir à la démonstration des rayons X et empruntés à la pathologie des dents et des maxillaires.

Cette collection compte 14 planches photographiques, de 60 centim. sur 40, comprenant 45 figures avec texte explicatif en allemand ou en anglais, tirées de son atlas *Anatomie et pathologie des dents et des maxillaires en rayons X.*

Ces photographies présentent les qualités voulues pour la démonstration.

NÉCROLOGIE

M. Declide.

Nous apprenons avec un vif regret la mort de notre confrère M. Pierre Declide, de Civray, D. E. D. P., membre de l'A.G. S. D.F., survenue le 16 mars.

Nous adressons à sa famille nos très sincères condoléances.

***

Sur la foi d'une information nous avons annoncé le décès de M. Duponnois, ancien chef du Secrétariat de l'Ecole dentaire de Paris. Nous apprenons avec plaisir que cette nouvelle était inexacte et que M. Duponnois est en fort bonne santé.

Nous ne pouvons que nous en réjouir et nous lui exprimons nos excuses.

NOUVELLES

Ecole dentaire de Paris.

Rappelons qu'il sera ouvert le 18 mai un concours pour trois postes de chef de clinique d'anesthésie.

Distinctions honorifiques.

Nous relevons avec le plus grand plaisir dans le *Journal officiel* du 22 mars 1913 les distinctions honorifiques suivantes :

Officier de l'Instruction publique : M. Jeay, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Officier d'académie : M. Henri Villain, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous sommes très heureux de ces récompenses et nous adressons nos vives félicitations à nos confrères.

F. D. N.

Le Bureau de la F. D. N. s'est réuni le 18 mars 1913 chez son Président. Il a approuvé la demande d'audience envoyée au Ministre de la Guerre, ainsi que le rapport à lui adressé au sujet des mesures à prendre pour modifier la situation actuelle des chirurgiens-dentistes au point de vue militaire.

U. F. D. N.

Le Bureau de l'U. F. D. N. a été reçu par le Recteur de l'Académie de Paris, le jeudi 3 avril. Il l'a entretenu de modifications à introduire dans l'organisation actuelle des études dentaires.

Mariage.

Nous apprenons le mariage de Mlle Louise Istre, fille de M. et de Mme Léon Deulbe, avec notre confrère M. Clotaire Boudy, membre de l'A. G. S. D. F., de Belfort.

Nous présentons aux jeunes époux nos sincères félicitations et nos vœux de bonheur.

A l'Association générale des étudiants.

Les élections pour le renouvellement annuel du Comité de l'Association ont eu lieu. Ont été élus :

Droit : Viard, Scamaroni, Bénard, Carcenac, Cochard, Courageot, Lenoir. — Médecine : Tarin, Roy, Alary, Besson. — Lettres : Perraut, Boiselle, Marty. — Sciences : Thizy, Baudino. — P. C. N.: Wisner, Wherling, Simonpietri. — Ecole d'Alfort : Tasklin. — Ecoles dentaires : Arnaud, Charoy. — Pharmacie : Wiethoff. — Ecole coloniale : Grisaud. — Sciences politiques : Bugaut, Arnaud.

Banquet.

La Société odontologique espagnole a offert, sous la présidence de M. Aguilar, un banquet à deux de ses membres, MM. Landete et Subirana, nommés récemment professeurs d'odontologie.

Des toasts ont été portés par MM. Aguilar, Losada et Perez.

Mutuelle Médicale Française de Retraites.

La *Mutuelle Médicale Française de retraites*, œuvre purement philanthropique, fondée par le Syndicat médical de l'arrondissement de Saumur, approuvée par arrêté ministériel du 10 mai 1900, patronnée par l'Association des médecins de Maine-et-Loire, s'étend à tous les médecins de France et à leurs femmes. Elle est destinée à donner à ses adhérents une retraite de droit et non de faveur, soit entière (après 50 ans d'âge et 20 ans de participation), soit proportionnelle (après 5 ans de participation) — dans tous les cas, la pratique médicale étant abandonnée, — pour une cotisation annuelle de 60 francs.

Au 1er janvier dernier, le nombre des Sociétaires (hommes et femmes) s'élevait à 964 et l'avoir social à 318.396 fr. 93.

La Société compte aujourd'hui 5 retraités qui reçoivent annuellement : le 1er 375 fr. ; le 2e 600 fr. ; le 3e 825 fr. ; le 4e 600 fr. ; le 5e 375 fr.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, M. Terrien, à Varennes-sur-Loire (Maine-et-Loire).

33e ANNÉE. N° 8. 30 AVRIL 1913 Vol. XLIX

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

A PROPOS D'UNE CIRCULAIRE DU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE CONCERNANT LA VENTE DES ANESTHÉSIQUES

Par M. Ducuing,
Avocat à la Cour d'appel,
Professeur de droit médical à l'Ecole dentaire de Paris.
(*Communication à la Société d'Odontologie*, 6 février 1913.)

Je ne vous cache pas que je suis un peu troublé à l'idée de prendre la parole dans une Société de science pure comme la vôtre. Je me sens incompétent, non pas certes indifférent, car je lis avec beaucoup d'assiduité les comptes rendus de vos travaux.

Mais vous savez que j'appartiens à une profession où il est nécessaire d'avoir des clartés de tout. C'est à ce titre qu'on a soumis à mon examen, comme on vous l'a dit tout à l'heure, une circulaire qui a causé une émotion légitime dans votre profession.

Les coups portés ces temps derniers à votre profession se sont succédé avec une certaine rapidité.

Dans une circulaire relative à la délivrance des anesthésiques le Procureur de la République oubliait qu'il y avait des dentistes. Cependant ses substituts se souvenaient, eux, que les dentistes existaient, et, s'ils s'en souvenaient, c'était pour les poursuivre ; si bien que, simultanément, le Procureur de la République publiait une circulaire qui interprétait l'ordonnance de 1846 d'une façon inquiétante pour votre profession, et déférait à la justice répressive pour in-

1. Voir *L'Odontologie* des 15 février et 15 mars 1913.

fraction à la loi des dentistes qui avaient fait usage d'anesthésiques. Remarquez bien qu'il s'agissait de chirurgiens-dentistes.

La communication que je vous dois ce soir porte donc sur deux questions : la question de savoir si la circulaire du Procureur de la République est de nature à provoquer de votre part une légitime appréhension et si, d'autre part, le droit de pratiquer l'anesthésie tant générale que locale peut vous être sérieusement contesté.

Permettez-moi d'examiner tout d'abord la question la plus large : celle de savoir si vous avez le droit de pratiquer l'anesthésie. Je m'excuse de la traiter parce que j'ai toujours enseigné que vous aviez le droit de la pratiquer et la question, jusqu'à la très récente poursuite du Ministère public, paraissait pleinement résolue. C'est donc une porte ouverte que j'ouvre, mais je vous assure que dans la vie on constate assez souvent qu'il n'est pas de portes plus difficiles à ouvrir que celles-là.

Une des raisons principales qui ont déterminé le législateur à réglementer la profession de dentiste a été précisément l'usage des anesthésiques. A mesure que le progrès de la science permettait de soulager les patients en leur épargnant les douleurs trop pénibles qu'on leur faisait subir autrefois, des accidents dus à l'inexpérience des praticiens ou à la maladresse de leurs aides survenaient. Ces accidents avaient un grand retentissement et l'on s'est inquiété beaucoup de la question de savoir si l'on devait y mettre un terme en faisant simplement intervenir le gendarme ou s'il ne valait pas mieux les prévenir, en instruisant les dentistes ou en les obligeant à s'instruire. C'est une des raisons qui ont fait sortir le législateur de son apathie traditionnelle.

Toutefois la question n'est pas expressément résolue dans la loi du 30 novembre 1892. Cette loi ne définit pas plus les attributions des dentistes qu'elle ne définit les attributions des médecins. Ce sont des branches issues d'un tronc commun ; mais quel est le rôle du médecin, quel est le rôle du dentiste ?

L'article 2 de la loi de 1892 se borne à dire simplement

ceci : « Nul ne peut exercer la profession de dentiste, s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste. »

Cet article ne résoud pas la question de savoir si le dentiste peut pratiquer l'anesthésie. S'il n'y avait que l'article 2 dans la loi, des esprits défiants pourraient dire que la pratique de l'anesthésie ressort de la médecine et qu'ils ne voient pas de texte en vertu duquel le dentiste puisse pratiquer l'anesthésie.

Mais il y a dans la loi un autre article qui indique bien que dans la pensée du législateur le chirurgien-dentiste peut pratiquer l'anesthésie : c'est l'article 32. Cet article, placé sous la rubrique *Dispositions transitoires*, n'autorise le dentiste non diplômé, inscrit au rôle des patentes avant le 1er janvier 1892, à pratiquer l'anesthésie qu'avec le concours d'un médecin.

Qu'est-ce à dire ? Il va de soi que si les dentistes patentés ne peuvent pas pratiquer l'anesthésie et si on prend le soin de le dire, c'est par à contrario que les chirurgiens-dentistes peuvent le faire. La difficulté pourrait cependant subsister si nous n'avions pas ici la lumière des travaux préparatoires. Vous savez ce qu'on appelle les travaux préparatoires d'une loi. C'est le projet de loi du gouvernement ou la proposition de loi, quand il s'agit de l'initiative parlementaire ; c'est ensuite le Rapport de la Commission de la Chambre des députés ou du Sénat ; ce sont enfin les débats devant les Chambres.

Les travaux préparatoires en général ne donnent que des lumières incertaines, parce que dans nos Assemblées délibérantes les débats sont souvent confus. Mais quand il s'agit d'une loi d'affaires ou d'une loi spéciale où beaucoup de gens sont peu compétents, il se produit le phénomène suivant : la loi se discute dans un vide relatif ; il y a 40, 20 ou 10 personnes qui sont autour du banc du Gouvernement et qui écoutent les orateurs. Un orateur monte à la tribune, puis le rapporteur de la Commission, puis le commissaire du Gouvernement. Personne n'intervient dans la discussion, à part

les gens compétents, si bien que les travaux préparatoires peuvent donner quelques lumières.

Voici ce qui s'est passé.

Au moment où l'on a discuté l'article 2, la Commission du Sénat, qui était extrêmement défiante, avait ajouté à l'article 2 un paragraphe dans lequel on disait ceci : Les dentistes qui ne sont pourvus que du diplôme de chirurgien-dentiste ne pourront pratiquer l'anesthésie générale qu'avec l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé, ce qui voulait dire qu'ils pourraient pratiquer l'anesthésie locale.

Le Commissaire du Gouvernement, qui était M. Brouardel, s'opposa à l'adoption de cet amendement et il demanda que les dentistes soient autorisés à pratiquer l'anesthésie sans restriction ni réserve ; il en donna la raison suivante :

« Ce qui arrivera si cet amendement est adopté, c'est qu'il y aura un docteur en médecine ou un officier de santé qui couvrira les accidents de sa présence. Nous demandons en conséquence que les dentistes diplômés puissent pratiquer l'anesthésie générale et locale et nous mettrons dans le programme de l'enseignement ce qui sera nécessaire pour pratiquer l'anesthésie sans danger (lecture). »

Ainsi, voilà qui est bien net. Je dois ajouter que la promesse que faisait M. Brouardel dans son discours à la Commission du Sénat de préparer un programme d'enseignement pour le chirurgien-dentiste a été pleinement tenue. Je puis le dire en connaissance de cause, car en ma qualité de professeur de droit appliqué à l'art dentaire j'ai siégé quelquefois dans les jurys d'examens et quand les candidats m'en laissaient le loisir, j'écoutais mes voisins. Or j'ai remarqué avec quelle insistance mes collègues interrogeaient les candidats sur les doses d'anesthésiques qu'on pouvait administrer, sur les dangers qu'il y avait à dépasser ces doses, et avec quelle rudesse ils interpellaient le candidat quand celui-ci se trompait, ce qui arrivait quelquefois.

Le programme de M. Brouardel a donc été pleinement observé. Mais, pour en revenir aux travaux préparatoires, la

pensée du législateur résulte non seulement de cette discussion sur l'article 2, mais encore de la discussion sur l'article 32, c'est-à-dire sur les dentistes patentés.

La Commission du Sénat, qui voulait refuser le droit de faire de l'anesthésie générale au chirurgien-dentiste, a voulu plus tard, par une contradiction assez piquante, accorder le droit de faire de l'anesthésie locale aux dentistes patentés.

M. Brouardel, toujours logique avec lui-même, s'est opposé à ce que le mot « générale » fût ajouté à « anesthésie ». Il a expliqué qu'à ceux qui n'avaient pas conquis le diplôme de chirurgien-dentiste, qui n'avaient pas fait d'études spéciales sur l'anesthésie, le droit à l'anesthésie devait être rigoureusement refusé.

Ainsi donc aucun doute ne peut exister sur ce point : le législateur a voulu interdire toute espèce d'anesthésie, tant générale que locale, aux dentistes patentés.

Au contraire il a voulu accorder pleinement et sans réserve le droit de pratiquer l'anesthésie, tant générale que locale, aux chirurgiens-dentistes.

Aussi on peut s'étonner que le Parquet ait poursuivi des dentistes pour avoir pratiqué l'anesthésie. C'est cependant ce qui est arrivé et le parquet s'en est d'ailleurs excusé. On exerçait des poursuites contre les deux dentistes poursuivis pour exercice illégal de la médecine, parce qu'ils avaient pratiqué l'anesthésie, et remarquez bien qu'il n'y avait pas eu d'accident, qu'aucun fait de blessures par imprudence n'était relevé. La question était donc nettement posée ; mais elle a été mollement débattue à l'audience. A l'audience, le substitut a donné une raison bizarre de son intervention ; il a dit : « Si j'ai engagé ces poursuites, c'est parce que la loi est imprécise et que je veux faire trancher cette question ».

Comme c'est agréable, n'est-ce pas, pour ces deux dentistes, qui exercent honorablement leur profession, de recevoir une citation du parquet, parce que le parquet sent le besoin de consulter le tribunal !

Heureusement, le tribunal a vu que ces poursuites étaient injustes, et il a rendu un jugement dont voici les termes :

« Attendu qu'il est certain que les chirurgiens-dentistes diplômés ayant fait des études spéciales appropriées à la pratique délicate de la chirurgie, ont la faculté d'employer l'anesthésie pour leurs opérations sans l'assistance obligatoire d'un docteur ou officier de santé ; et que la loi ne fait pas de distinction à cet égard entre l'anesthésie locale et l'anesthésie générale ».

La question est résolue et cette fois, je l'espère, bien résolue. Mais vos embarras, vos ennuis ne sont pas finis, et j'en arrive par une transition naturelle à la circulaire de M. le procureur de la République.

Aujourd'hui les anesthésiques sont dans toutes les mains, mais on n'en fait pas toujours un usage très prudent. Un gendre en donne à sa belle-mère, une belle-mère en donne à son gendre, bref cela crée des désordres dans les familles.

Le procureur de la République a voulu mettre un terme à ces désordres et il a exhumé à cet effet une ordonnance qui date de 1846.

Nous faisons beaucoup de lois, beaucoup de règlements ; mais nous les laissons souvent tomber dans l'oubli jusqu'au jour où un accident ou un incident provoque une réaction. Alors pendant une certaine période on assure la répression des infractions à la loi avec une férocité particulière. Cela dure trois mois, six mois, puis les mauvaises pratiques reprennent leur train.

On a donc exhumé cette ordonnance de 1846 et M. le procureur de la République a fait une circulaire aux commissaires de police dans laquelle il disait que la vente au public des substances vénéneuses ne pouvait être faite que par les pharmaciens pour des usages médicaux sur la prescription d'un médecin, chirurgien, officier de santé ou d'un vétérinaire breveté. Quelles sont les conséquences de cette circulaire ?

Les intentions en sont assurément excellentes.

M. le procureur de la République a reproduit textuellement, et il ne pouvait guère faire autrement, les termes de l'article 5 de l'ordonnance de 1846 indiquant d'une part que ce sont les pharmaciens seuls qui peuvent délivrer les substances vénéneuses, notamment les anesthésiques, et d'autre

part qu'ils ne peuvent les délivrer que sur des prescriptions de personnes appartenant à des professions qui sont limitativement énumérées par l'ordonnance. Or on y voit bien les médecins, les chirurgiens, on y voit encore les vétérinaires, mais on n'y voit pas les chirurgiens-dentistes.

Supposez un commissaire de police inintelligent ou timoré qui veuille appliquer cette circulaire à la lettre, supposez un pharmacien malveillant qui veuille favoriser un stomatologiste aux dépens d'un chirurgien-dentiste, ils pourront vous susciter bien des ennuis.

Vous avez besoin de cocaïne, de chloroforme, vous avez besoin de ces médicaments dans votre laboratoire parce que ce n'est pas au moment où votre malade se présente chez vous qu'il convient de vous en procurer. Vous vous munissez donc de ces substances à l'avance. Or quand vous demandez à un pharmacien de vous en délivrer, celui-ci peut s'aviser de dire : « Je ne veux pas encourir des responsabilités, j'ai le droit et le devoir même de refuser les substances que vous me demandez. Cependant, comme je sais que vous en avez besoin, je vais vous donner un conseil : vous avez le stomatologiste d'en face, allez le voir, il vous recevra avec le sourire et il vous donnera une ordonnance qui vous permettra d'avoir toutes les substances qui vous sont nécessaires. »

Il est bien certain que l'ordonnance ne parle que du médecin, du chirurgien, du vétérinaire. En 1846, la profession de dentiste n'était pas réglementée. Les dentistes qui pratiquaient l'anesthésie le faisaient alors à leurs risques et périls, ils le faisaient évidemment d'une façon illégale. La thèse qu'a soutenue le parquet si malencontreusement contre deux de vos confrères en 1912, thèse qui n'était plus vraie en 1912, était vraie en 1846.

La situation n'est plus la même aujourd'hui. Il y a donc dans les dispositions réglementaires une grave lacune, c'est celle qui nous fait dire au procureur de la République : Vous avez oublié les dentistes. Or le procureur de la République répondra : J'ai rappelé une ordonnance de 1846, qui

parle des médecins, chirurgiens, officiers de santé, vétérinaires, je ne pouvais pas ajouter les dentistes, puisqu'ils n'y étaient pas.

Or il y a à cela deux solutions.

Il y a une première solution qui est immédiatement réalisable : c'est d'appeler l'attention du procureur de la République sur cette anomalie, sur ce désaccord entre une ordonnance, qui n'est qu'une disposition réglementaire, et la loi, qui est plus récente que l'ordonnance.

La loi ayant réglementé la profession de chirurgien-dentiste la soumettait à des dispositions particulières, elle autorisait les dentistes d'une façon implicite, mais évidente, d'après les travaux préparatoires de la loi, à pratiquer l'anesthésie générale et locale, et par conséquent elle leur donnait le droit de se procurer les médicaments nécessaires.

C'est à cette solution que vos conseils ont songé. On a donc adressé au procureur de la République une lettre dans laquelle nous expliquons un peu plus brièvement ce que je vous disais tout à l'heure.

Voici d'ailleurs le texte de cette lettre [1].

Voilà, ce que nous avons fait, et nous ne pouvions guère faire davantage.

Vous savez que ce n'est là qu'un expédient. Il est entendu que le procureur de la République pourra donner et donnera certainement des instructions aux commissaires de police pour que l'application littérale de la circulaire ne soit pas faite et que dans la pratique on comprenne que la mention médecins, chirurgiens, officiers de santé et vétérinaires brevetés s'étend aussi aux chirurgiens-dentistes. Mais enfin il est certain que vous n'êtes pas dans l'ordonnance de 1846. Et encore bien qu'une loi soit une chose supérieure à un règlement d'administration publique, il n'en est pas moins vrai qu'une ordonnance incomplète peut être une entrave très sérieuse à un moment donné à l'exercice d'une profession.

---

1. N° de *L'Odontologie* du 15 février 1913, p. 135.

Quel est donc le remède, le remède définitif, radical ?

Ce remède, c'est de mettre l'ordonnance d'accord avec la loi, mais cela d'une façon explicite. On l'a déjà fait pour les sages-femmes. Celles-ci se trouvaient dans la situation suivante, article 4 de la loi de 1892. « Il leur est également interdit de prescrire des médicaments, sauf le cas prévu par le décret du 23 juin 1872 et par les décrets qui pourraient être rendus dans les mêmes conditions après avis de l'Académie de médecine. »

Voici l'explication de cet article : Les sages-femmes ne sont pas, bien entendu, comprises dans les professions où l'on peut se procurer librement des anesthésiques ; il n'est pas possible de leur donner d'une façon générale et absolue cette autorisation, mais cependant leur refuser d'une façon complète la faculté de le faire, c'est un inconvénient, et un gros inconvénient. On s'en est aperçu et sur les observations même de l'Académie de médecine. Voici en effet ce que je lis dans la discussion préparatoire de cet article 4.

« L'ordonnance de 1846 sur la vente des substances vénéneuses exigeait qu'elle eût lieu sur la prescription d'un médecin, d'un chirurgien, d'un officier de santé ou d'un vétérinaire breveté.

« En 1872 le préfet de police demanda à l'Académie de médecine si les sages-femmes, non comprises dans l'ordonnance, pourraient prescrire le seigle ergoté. Sur la réponse affirmative de l'Académie, un décret du 23 juin 1872 leur permit l'usage de ce médicament.

« Aujourd'hui l'Académie de médecine déclare que, si les sages-femmes pouvaient se servir des antiseptiques, elles ne transmettraient pas la fièvre puerpérale d'une accouchée à dix, quinze ou vingt femmes en couches, qui échapperaient ainsi à une mort presque certaine. C'est cette circonstance qui justifie la prévision de décrets analogues à celui du 23 juin. Nous n'avons pas hésité à accepter cette proposition. »

Cela veut donc dire qu'au fur et à mesure des progrès de la science on pourra par voie de décrets autoriser les sages-

femmes à se procurer et à prescrire certains agents nouveaux.

Eh bien, ce qu'on a fait pour les sages-femmes, il semble bien qu'il ne serait pas excessif de le faire pour les chirurgiens-dentistes puisque, eux, ils ont presque dans sa plénitude l'art de guérir, puisqu'on leur a reconnu le droit de pratiquer l'anesthésie générale et locale, sans restriction.

Il s'agirait simplement, par un nouveau décret, d'étendre aux chirurgiens-dentistes, nommément désignés, les prescriptions de l'ordonnance de 1846 et du décret postérieur du 1er octobre 1908 sur la vente de l'opium. Cela ferait disparaître toute espèce d'incertitude dans les esprits. Sans cela il y aurait une anomalie choquante entre la situation faite dans la pratique par l'ordonnance de 1846 et le principe posé par la loi de 1892. Vous auriez théoriquement le droit de prescrire des anesthésiques, d'endormir vos malades sans le concours d'un médecin, mais pratiquement pour vous procurer les anesthésiques ou pour les prescrire vous auriez besoin du concours d'un médecin. Ce serait un système tout à fait chinois.

Je crois que la première chose qu'on avait à faire, c'était d'avertir le procureur de la République de cette sorte d'antinomie entre l'ordonnance et la loi. Mais pour faire disparaître toute espèce de difficulté pratique il serait sage de provoquer un nouveau décret qui complèterait les prescriptions de l'ordonnance de 1846 en ajoutant aux médecins, chirurgiens, officiers de santé les chirurgiens-dentistes.

Voilà une communication d'ordre un peu juridique et par conséquent un peu sévère.

Je crois cependant qu'elle doit avoir un certain intérêt pour vous.

Vous rencontrerez dans la vie professionnelle beaucoup de difficultés nées de l'ignorance, ou de la mauvaise volonté. Je n'ai pas à indiquer de quel côté elles pourraient survenir.

Il faut que vous viviez en paix avec le médecin, le pharmacien, avec le procureur de la République et surtout avec les juges ; c'est la grâce que je vous souhaite.

BRIDGES AMOVIBLES

Par M. Zimmermann.

(Communication à la Société d'Odontologie, 6 février 1913.)

Dans un article paru récemment, j'ai essayé d'expliquer, aussi simplement que possible, en ajoutant à mes explications un certain nombre de figures, comment devaient se construire les bridges amovibles par couronnes télescopes à pivot et gaine de platine. Ce petit travail était surtout destiné aux mécaniciens, puisque je n'y ai traité que la question prothèse, et c'est une des raisons pour lesquelles il a pris place dans le journal « *Le Laboratoire* ». Je n'ai donc pas l'intention de venir devant vous pour traiter à nouveau cette question, mais simplement pour vous présenter les quelques bridges qui ont été exécutés pour l'illustration de l'article. Peut-être qu'en examinant ces bridges vous trouverez quelques petits défauts dans les soudures, mais tous ceux qui travaillent l'argent les excuseront, car ils connaissent les difficultés que ce métal présente à la soudure.

Deux classes de bridges amovibles vous sont présentées : 1° Le bridge amovible sans selle, 2° le bridge amovible à selle.

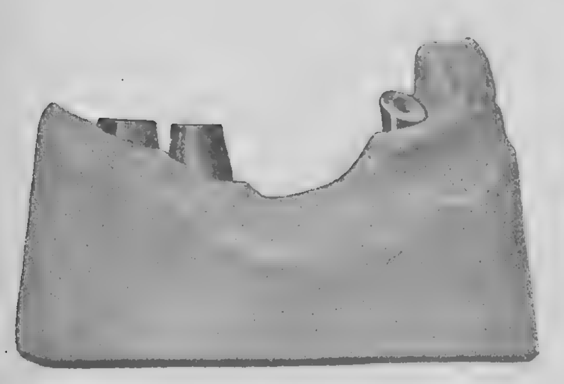
Je n'hésite pas à reconnaître que les deux bridges qui sont sur les modèles 1 et 2 auraient pu être exécutés comme tout bridge fixe, puis scellés en bouche par le procédé de la gutta-percha. Cependant déjà pour le bridge du modèle n°1, le scellement à la gutta ne me semblait pas satisfaisant, car c'est un bridge à inlays et je n'aime pas beaucoup sceller par ce procédé ce genre de bridges. Sur le modèle n°2 se trouve un bridge qu'aucune particularité n'indiquait pour l'amovibilité. Seul le désir du patient, un de nos jeunes confrères, l'a fait exécuter ainsi. Pourtant j'ai tenu à le représenter sur ce modèle autrement qu'il n'est en réalité dans la bouche, pour insister sur les avantages qu'il y a à



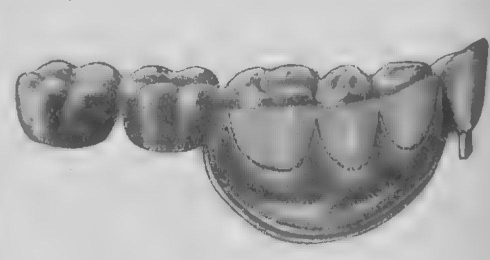
1



2



3



4



5



6

employer les dents à tube sans gaine de platine dans ce genre de bridge. Ce cas est, en effet, le cas type du bridge fixe. Il se présente le plus souvent, et je n'ai pas besoin, je crois, d'insister, sur la solidité d'un bridge construit de cette manière et sur la facilité qu'il y a, lorsque, par suite d'une fracture, on est obligé, d'y changer une des dents.

Le modèle n° 3 présente un des cas de prothèse les plus embarrassants, le cas le plus indiqué pour le bridge amovible, car la selle est obligatoire. La construction ne diffère pas beaucoup de ce qu'elle aurait été pour un appareil de prothèse, la plaque est remplacée par deux couronnes télescopes sur les prémolaires. Enfin, le dernier modèle que je vous présente est une reproduction d'un bridge que plusieurs d'entre vous connaissent pour l'avoir examiné dans ma bouche, où il n'a cessé de rendre, depuis 4 années passées qu'il s'y trouve, de signalés services. J'ai apporté en même temps les différentes pièces formant toutes les étapes de la construction de la couronne télescope comme elle était faite et comme on peut toujours la faire si l'on n'aime pas l'or coulé. La simplification qui résulte de la coulée des métaux dans tous les travaux de prothèse devait apparaître aussi dans la confection de la couronne télescope. La couronne coulée se distinguera de la couronne en différentes pièces ajustées et soudées. Pour la couronne coulée, des difficultés d'exécution nous ont conduit à nous servir soit de platine, soit d'alliage pour faire la bague qui doit venir télescoper la bague pilier. Sur or, en effet, même en variant les différents carats, on obtient très rarement un résultat satisfaisant.

REVUE DES REVUES

SUR TROIS NOUVELLES OBSERVATIONS D'ANGINE DE LUDWIG

Par le Prof. Paul Reclus.

Il y a moins d'une année, je vous entretenais de trois cas de phlegmons gangréneux du plancher de la bouche, cette fameuse « angine de Ludwig » qui, pendant si longtemps, a exercé la sagacité des chirurgiens. Nous avions observé ces faits ensemble, presque coup sur coup, et j'insistai particulièrement alors sur le succès magnifique que nous devions à notre traitement dont vous vous rappelez les règles essentielles : intervention aussi rapide que possible, profondes et larges ouvertures au thermocautère sous le couvert de l'anesthésie localisée et badigeonnage systématique du foyer opératoire à la teinture d'iode. Or, voici que depuis cette conférence et en moins de quatre mois, nous avons recueilli trois nouveaux faits dans notre seul service de l'Hôtel-Dieu. Nous n'aurions garde de les passer sous silence, car ils sont une consécration éclatante de l'excellence de la méthode ; les voici dans leur ordre chronologique.



Le 13 septembre entre dans nos salles un garçon de 25 ans ; il nous raconte que trois jours auparavant, il avait été pris de vives douleurs au niveau d'une dent, malade depuis longtemps et qui déjà avait provoqué, dans la région sous-maxillaire gauche, l'apparition d'un ganglion mobile et peu volumineux. Les souffrances, cette fois-ci particulièrement vives, s'accompagnèrent d'un gonflement rapide qui gagna la ligne médiane de l'espace sus-hyoïdien et s'étendit jusqu'au menton ; en même temps la fièvre s'allume, et lorsque notre interne, M. Pollet, voit le malade, la température dépasse 39 degrés, le pouls est à 110, le foyer inflammatoire, encerclé en avant par l'arc du maxillaire inférieur, est de plus en plus tendu et d'une dureté ligneuse ; cependant la peau qui le recouvre est à peine rosée, à peine infiltrée, mobile sur les plans sous-jacents, tandis que la muqueuse du plancher de la bouche, qui limite en haut les tissus phlogosés, et que l'on peut difficilement voir à travers les rebords dentaires serrés par le trismus, est mollasse, comme gélatineuse, et soulevée par un bourrelet tremblotant qui dépasse sensiblement le niveau des incisives inférieures.

Bien que les phénomènes dyspnéiques, de règle dans l'angine de Ludwig, ne fissent qu'apparaître, notre interne, instruit par les cas précédents, n'hésita pas et fit transporter le malade dans la salle d'opération pour intervenir sur l'heure ; il pratiqua d'abord l'anesthésie de la région avec la solution de novocaïne-adrénaline du service — 50 centigrammes de novocaïne et 25 gouttes d'adrénaline au millième, dans 100 cc. de sérum physiologique — ; une première injection intra-dermique traçante, insensibilisa la peau sur la ligne médiane, de l'os hyoïde à la saillie mentonnière, une seconde pénètre plus profondément dans l'épaisseur de la sangle mylo-hyoïdienne et y dépose quelques grammes de liquide. Et ce n'est qu'après avoir pratiqué encore quelques injections supplémentaires en divers points, en avant, en arrière, sur les côtés et, dans la profondeur, jusque sous la muqueuse buccale, après avoir attendu quelques minutes pour assurer l'anesthésie, qui, on le sait, est plus lente dans les tissus enflammés, que M. Pollet saisit le thermocautère et incise, avec le platine chauffé à blanc, d'abord la peau, puis le mylo-hyoïdien ; une tranchée profonde est déjà creusée lorsque la lame de l'instrument s'enfonce tout à coup dans des tissus moins résistants : elle est au milieu du foyer gangréneux d'où s'écoule une sérosité trouble, d'une odeur fétide, et, sur le platine incandescent, s'enflamment, comme dans nos observations antérieures,des gaz qui brûlent avec une lueur d'un bleu pâle.

Le troisième temps, qui n'est pas le moins efficace, consiste à monter sur une pince à forcipressure un petit tampon de ouate hydrophile que l'on imbibe dans la teinture d'iode du service — 1 gr. d'iode dans 15 grammes d'alcool à 95°, solution préparée extemporanément — ; le tampon est introduit à travers la large brèche jusqu'au milieu du foyer gangréneux, dont toutes les parois sont badigeonnées. On tâche de pénétrer dans les moindres anfractuosités ; surtout on n'oubliera pas que la teinture d'iode se décompose presque immédiatement au contact des albuminoïdes organiques ; aussi imbibera-t-on plusieurs fois le tampon pour de nouveaux badigeonnages que, d'ailleurs, on n'oubliera pas de renouveler au moins toutes les 12 heures, dans les premiers jours. C'est ainsi que fit notre interne, et le bénéfice de ce traitement radical ne se fit pas attendre : dès le lendemain la température avait baissé, et si le soir elle remontait encore sous l'influence d'un foyer secondaire échappé à la première intervention, du pus fétide s'écoulait par la plaie dès le lendemain matin, et désormais, la température ne dépassa plus 37. Au bout de douze jours, l'opéré quittait l'hôpital, définitivement guéri.

Deux mois après, le 25 novembre, nous eûmes à soigner un étu-

diant roumain, lui aussi, pour une tuméfaction inquiétante de la région sous-maxillaire droite. Elle avait apparu trois jours auparavant à la suite de l'avulsion de la troisième molaire cariée, dont il souffrait depuis un an. Et déjà, avant son entrée dans nos salles, un médecin effrayé par la fièvre, les progrès rapides du gonflement, les douleurs et l'accentuation des troubles respiratoires, avait espéré conjurer le mal par des applications de pointes de feu sur la muqueuse buccale, il osa même, en ce point, une brève incision au bistouri qui n'avait donné issue qu'à du sang. Mais cette thérapeutique fut insuffisante, et médecin et malade, en proie à des inquiétudes de plus en plus graves, se décidèrent à s'adresser à nous.

Notre examen nous permit de constater, dans la région sous-maxillaire droite, un gonflement qui, en dedans, ne dépassait pas la ligne médiane ; mais en dehors, elle franchissait le bord du maxillaire inférieur et s'étendait sur la région massétérine, jusqu'au lobule de l'oreille. Bien qu'un peu œdématiée, la peau est plutôt rose et glisse encore sur les plans sous-jacents qui, eux, sont d'une dureté ligneuse. Le trismus est intense et tel que les arcades dentaires ne peuvent s'écarter de plus d'un cm.; mais il permet cependant d'apercevoir, derrière les incisives inférieures, le bourrelet que forme la muqueuse sublinguale infiltrée. La dyspnée persiste et s'aggrave de ce fait que le malade. qui fréquente d'habitude des étudiants en médecine, n'ignore pas l'importance de ce symptôme. La déglutition des solides est impossible et celle des liquides fort difficile. L'état général est médiocre, bien que le pouls ne dépasse guère 100 et la température 39 ; les urines, peu abondantes, sont de qualités normales.

Nous intervenons sans délai, après une anesthésie localisée à plusieurs plans : injection dans la peau, injection dans le tissu cellulaire sous-cutané et la sangle mylo-hyoïdienne, injection au-dessus de la sangle, dans le foyer phlogosé et jusqu'au-dessous de la muqueuse sublinguale ; nous enfonçons profondément et sans provoquer la moindre douleur, chez un malade pourtant pusillanime, la lame du thermocautère à travers cette peau et ces muscles jusqu'à ce que la pointe, ne sentant plus de résistance, se trouve libre dans les tissus gangrénés. Nous pratiquons ainsi 6 à 7 ponctions que nous réunissons ensuite les unes aux autres par une unique tranchée creusée dans les téguments ; nous ne nous arrêtons qu'en pleine masse putride. Et c'est dans un cratère largement béant, par une ouverture de 8 à 9 centimètres de base et de 7 à 8 de profondeur, que nous introduisons à plusieurs reprises, et selon le mode décrit précédemment, un tampon d'ouate imbibé de teinture d'iode. Pendant les premiers jours, c'est au moins deux

fois en vingt-quatre heures que nous répétons ce badigeonnage.

Dès les premiers jours une amélioration sensible se manifeste : la température n'atteint pas 38, les douleurs diminuent et la respiration devient plus facile. Mais les progrès sont assez lents pour qu'on puisse soupçonner la persistance d'un foyer secondaire, comme nous en avions observé un dans le cas précédent, et, de fait, ce n'est qu'au bout de dix jours qu'on vit tout à coup du pus fétide s'écouler par la plaie. A partir de ce moment, les symptômes morbides disparaissent rapidement, bien que cependant la cicatrisation définitive ne soit survenue qu'au bout d'un mois. En effet le processus gangréneux avait détruit un peu de périoste et mis à nu près d'un centimètre carré du bord inférieur du maxillaire dont le bourgeonnement fut tardif. Malgré ces deux incidents, le résultat définitif n'en fut pas moins très heureux. Nous venons de revoir notre opéré, qui sort de cette redoutable aventure avec une cicatrice cachée sous le menton et qui serait invisible n'était un léger « capiton », dû à l'adhérence de la peau au maxillaire inférieur.

Moins d'un mois après, le 23 décembre, nous observions notre troisième cas : une cuisinière de 56 ans, manifestement éthylique, vient nous consulter pour une tuméfaction de la région sus-hyoïdienne dont la première apparition datait de quatre jours, le lendemain de l'avulsion de la dent canine droite, douloureuse depuis deux mois ; les souffrances devinrent telles, la déglutition et la respiration si difficiles que son médecin n'osa plus prendre sur lui une telle responsabilité et l'envoya à l'Hôtel-Dieu.

Or ici, à l'encontre des cinq observations précédentes, il existait une inflammation franche des téguments de la région sus-hyoïdienne : la peau est rouge, luisante, chaude, douloureuse et ne glisse pas sur les parties sous-jacentes, tuméfiées et d'une dureté ligneuse. Aussi, avions-nous pensé tout d'abord à un adéno-phlegmon superficiel et cela d'autant plus que, à ce moment, le trismus était assez peu marqué. Mais, par contre, entre les arcades dentaires écartées, on apercevait la muqueuse du plancher buccal, soulevée jusqu'au niveau de la couronne des incisives. C'est pourquoi, malgré que la température ne fût qu'à 38° et le pouls à 80, ce signe nous parut suffisant et, joint à la difficulté de la déglutition et de la respiration, il nous suffit pour porter le diagnostic d'angine de Ludwig, il est vrai, à évolution moins grave que d'ordinaire, et nous ne nous accordâmes que vingt-quatre heures pour décider l'intervention.

Elle eut lieu dès le lendemain matin et notre chef de clinique, M. Kendirdjy, — après anesthésie localisée des plans superficiels et profonds, peau et tissus cellulaires, sangle myloïdienne et foyer

phlogosé, — plonge la lame du thermocautère à travers ces tissus œdématiés et les ouvre jusque sous la muqueuse du plancher de la bouche. Il ne s'en échappe ni gaz, ni flamme bleue, mais un pus épais et d'odeur fétide. Comme dans tous les cas précédents, on introduit dans la cavité un tampon d'ouate hydrophile imprégné de teinture d'iode, et le badigeonnage est répété sur les parois que l'on avait explorées systématiquement et minutieusement, pour essayer d'effondrer en une seule intervention, les collections purulentes, les diverticules gangréneux secondaires, si souvent observés dans ces cas. Au cours de cet examen, nous pûmes constater, au niveau du point correspondant à l'extrémité de la racine de la canine avulsée, la dénudation limitée de la face postérieure du maxillaire inférieur.

Bien entendu tous les jours, et plutôt deux fois qu'une, le foyer opératoire est passé à la teinture d'iode, et dès le jour même de l'intervention la respiration s'est régularisée, la déglutition est devenue facile, le trismus, déjà faible, s'atténue encore pour disparaître complètement au bout de trois ou quatre jours et le 7 janvier, quinze jours après son entrée à l'hôpital, notre cuisinière nous quitte avec une plaie en pleine voie de cicatrisation. Elle revint nous voir le 21 du même mois et la guérison était complète. — Dans ces derniers cas, la nature gangréneuse du phlegmon du plancher buccal avait été moins nette que d'habitude et ne s'était manifestée que par l'odeur putride des sécrétions et le sphacèle d'un point limité du périoste du maxillaire inférieur.



Ces trois observations nouvelles confirment, dans leur ensemble, les conclusions que nous avait inspirées l'analyse des trois premières sur le siège précis du phlegmon, sur sa non-spécificité, sur le tableau clinique qu'il présente, sur la nécessité d'une intervention immédiate dès que le diagnostic est posé, enfin sur l'excellence du traitement que nous préconisons.

Sur le siège exact du phlegmon, sur la région anatomique où il s'est développé, aucun doute n'est plus possible et nos trois observations nouvelles, comme les trois anciennes montrent que les phénomènes inflammatoire et gangréneux naissent dans le tissu cellulaire d'un espace restreint ayant pour limite, en avant, la face postérieure de l'arc formé par le maxillaire inférieur ; en bas, la sangle musculaire, épaissie et résistante, du mylo-hyoïdien engaînée dans son aponévrose ; en haut la muqueuse sublinguale et ses amas glandulaires ; enfin en arrière, barrière beaucoup moins précise que les précédentes, la base de la langue, ses muscles, les traînées cellulaires qui les séparent et où rampent ses

vaisseaux et ses nerfs, lieu de moindre résistance et où pourra se ruer la poussée inflammatoire, contenue, en avant et en bas, par les digues puissantes du maxillaire et du mylo-hyoïdien.

Comme les anciens, nos cas nouveaux prouvent que « l'angine de Ludwig » n'a rien de spécifique et que la marche redoutable et naguère trop souvent mortelle qu'elle affectait, tient à une foule de causes où les diverses modalités du « terrain » jouent un rôle important aussi bien que les germes pathogènes eux-mêmes dont la forme, le nombre et la virulence varient à l'infini. Il est certain que les affaiblissements temporaires ou constitutionnels de l'organisme, les tares locales ou générales peuvent influer sur la gravité et la rapidité des phénomènes inflammatoires, tout comme la flore microbienne, sa richesse, son activité et la malignité de certaines associations bactériennes. Si l'intensité du processus gangréneux est souvent due à la présence des anaérobies qui, on le sait, peuvent se rencontrer dans la salive normale, il ne faut pas oublier que certains aérobies, le streptocoque par exemple, est un « anaérobie facultatif » ; et dans nos six cas, trois fois l'examen bactériologique a pu être fait, et dans les trois, c'est le streptocoque qui a été trouvé dans les débris sphacélés du foyer phlegmoneux.

L'évolution et la marche de nos cas récents furent identiques à celles de nos cas anciens : tout au plus pourrions-nous dire que, dans deux de nos plus vieilles observations, les accidents graves prirent, tout à coup, une allure plus redoutable et en particulier celle où une trachéotomie d'urgence dut conjurer l'asphyxie imminente ; que la fièvre se traduisit par un pouls plus rapide et une température plus élevée. — Dans deux de nos faits nouveaux, le thermocautère n'alluma pas de gaz putrides et, pour prononcer le vocable de phlegmon gangréneux, et non celui de phlegmon tout court, nous ne pouvons invoquer que l'odeur de putréfaction qui s'exhalait des foyers secondaires ouverts spontanément, dans notre « tranchée » opératoire, et que la nécrose du périoste, qui mit à nu une petite portion du rebord du maxillaire inférieur. Encore, en toute justice, faut-il se demander si la lame du thermocautère maniée très hardiment n'aurait pas provoqué cette légère mortification.

Dans nos observations anciennes comme dans les récentes, les mêmes symptômes ont été observés, avec cette différence toutefois que, en aucune de nos trois dernières, l'état général ne fut aussi grave que dans deux de nos trois premières où l'infection fut certainement plus profonde ; vous vous le rappelez sans doute, un nouvel abcès à streptocoques apparut deux ou trois semaines

après la guérison du phlegmon, dans la bouche même, chez l'un de nos malades, et, chez l'autre, à l'avant-bras droit. Mais le point de départ au niveau d'une dent cariée, l'existence dans la plupart de nos cas d'un ganglion sous-maxillaire presque indolore sont presque de règle ; puis tout à coup changement de front des plus graves et, tandis que le trismus se déclare, la douleur s'accroît et devient envahissante bien que, particularité capitale, la peau sus-hyoïdienne soit à peine rosée ; on constate, à travers les mâchoires resserrées, le bourrelet que forme, au-dessus des incisives, la muqueuse du plancher buccal, sur laquelle se voient les empreintes des dents. Enfin, chez nos derniers malades comme chez les premiers, les troubles de la déglutition et de la respiration viennent, dès le début, éveiller nos inquiétudes.

Une seule de nos observations, la dernière, a présenté, sous un point particulier, une divergence sensible : je vous ai déjà rappelé aujourd'hui ce fait, négligé par les auteurs : l'aspect des téguments sus-hyoïdiens qui recouvrent le foyer gangréneux : ils sont, disons-nous, à peine rosés, à peine infiltrés et glissent assez facilement sous la sangle myloïdienne — et c'est là, une cause d'erreur pour le clinicien, tenté de ne pas croire à la gravité d'une phlogose dont le retentissement sur la peau est aussi peu marqué. N'est-ce pas ce qui nous est arrivé dans notre sixième cas ? Au premier abord et pendant un court instant, l'existence de la saillie d'un rouge vineux, qui bombait sous le menton, me fit penser à un adéno-phlegmon superficiel et je ne tins le vrai diagnostic qu'après avoir constaté le bourrelet tremblotant de la muqueuse du plancher buccal.

Nous n'avons plus besoin d'insister sur la nécessité d'une intervention immédiate : il faut couper court aux accidents toxhémiques et à l'asphyxie menaçante qui, dans notre première observation et grâce à une hésitation d'un jour, nécessita une trachéotomie d'urgence, opération redoutable lorsqu'elle ouvre la trachée comme dans l'espèce, presque au milieu d'un foyer gangréneux. Pour avoir renvoyé au lendemain ce qu'il aurait fallu faire sur l'heure, nous avons côtoyé les pires catastrophes. Aussi, dans nos cinq autres cas, instruit par cette première expérience, nous sommes intervenu sans délai et nos six succès ont couronné cette thérapeutique. Six succès sur six cas : n'oubliez pas ces chiffres et sachez les opposer aux statistiques des chirurgiens temporisateurs de naguère qui accusaient, dans les phlegmons gangréneux du plancher buccal, une mortalité de quatre-vingts pour cent.

L'ouverture rapide et large, telle est évidemment la première condition du succès ; mais elle n'est pas la seule et j'ai le devoir

de vous rappeler sans relâche l'importance de l'anesthésie localisée : sans elle il vous faudrait recourir au chloroforme ou à l'éther et l'on sait, par de trop fréquentes catastrophes, les dangers que, de ce fait, on impose à ces malades que guette la syncope ; d'autre part, inciser sans analgésie préalable, ce serait en tout cas renoncer au thermocautère, qui exige un long temps, pour creuser une tranchée à travers cette peau, ce tissu cellulaire infiltré, cette sangle mylo-hyoïdienne plus que doublée par les exsudats inflammatoires. Or l'ancienne chirurgie a trop bien démontré la supériorité du fer rouge sur le bistouri dans le traitement des foyers gangréneux pour avoir besoin d'insister. Enfin, bien que au cours de votre année passée dans le service vous ayez pu constater chaque jour l'excellence de la teinture d'iode, j'insiste encore aujourd'hui sur le rôle capital qu'elle a joué dans la guérison de nos six cas d'angine de Ludwig.

(*Journal des Praticiens*, 8 mars 1913.)

REVUE ANALYTIQUE

Etiologie de la pyorrhée alvéolaire.

L'auteur, pour éclaircir la question de la pyorrhée alvéolaire, dont l'étiologie était restée douteuse, fit des essais de culture avec le pus s'écoulant des dents malades et, par des méthodes appropriées, obtint au bout d'une dizaine de jours des cultures pures d'un spirochète nouveau, le *Treponema mucosum*, ainsi appelé par l'auteur parce qu'il est producteur de mucus. Les cultures possédaient, en effet, une odeur fétide, pénétrante et renfermaient des quantités variables de mucine. Ces micro-organismes restèrent vivants dans les cultures pendant plusieurs semaines. Par de nouveaux repiquages, la formation de mucus diminue.

Morphologiquement le *Treponema mucosum* ressemble aussi bien au *Tr. pallidum* qu'au *Tr. microdentium*. Ce micro-organisme n'est pas un parasite dans le sens strict du mot, mais exerce une légère action pyogène lorsque le tissu a été préalablement lésé. La mauvaise odeur que répand la pyorrhée alvéolaire est due en partie à la présence de cet agent pathogène.

HIDEYO NOGUCHI (*Journ. of. exp. med.*, 1912, XVI, p. 194, et *Répert. de méd.*).

L'ankylose temporo-maxillaire étudiée au point de vue du diagnostic.

M. E. Kirmisson rappelle que l'ankylose temporo-maxillaire s'observe surtout dans l'enfance, relevant, d'une part, de maladies infectieuses, comme la scarlatine, d'autre part, des otites moyennes suppurées, se compliquant de suppurations diffuses se propageant à l'articulation temporo-maxillaire. En pareil cas, la résection du condyle du maxillaire peut donner d'excellents résultats, comme dans deux cas observés par l'auteur ; dans l'un, la guérison complète a été constatée neuf ans après l'opération.

Mais il faut porter un diagnostic exact, et tout d'abord reconnaître si l'ankylose est unilatérale ou bilatérale, et, dans le premier cas, quel est le côté ankylosé. Pour cela, il faut étudier avec soin les mouvements de diduction et de latéralité ; en cas d'ankylose bilatérale, ces mouvements sont supprimés ; ils persistent dans l'ankylose unilatérale ; le condyle du côté sain se déplace en avant et semble décrire un arc de cercle autour de l'articulation ankylosée comme centre ; le menton est nécessairement entraîné du côté de la mâchoire ankylosé.

On dit généralement que l'ankylose temporo-maxillaire se complique d'atrophie de la moitié correspondante de la face ; ceci est exact en ce qui concerne le squelette. Cependant, au premier abord, l'atrophie

semble correspondre au côté sain, tandis que la joue du côté ankylosé semble plus bombée, plus saillante, comme dans un cas de l'auteur, chez une petite malade de M. Galippe, et dans une observation récente de M. Chalier. C'est un véritable paradoxe qui doit être bien connu et interprété, sous peine d'une erreur de diagnostic sur le côté lésé.

Il y a bien, en effet, atrophie de toute la moitié correspondante du maxillaire inférieur du côté ankylosé ; au contraire, du côté sain, l'os continue à s'accroître normalement. Il en résulte que la symphyse du menton est entraînée vers le côté malade. Dans ce mouvement, toutes les parties molles sont également entraînées ; la joue paraît, dès lors, plus plate, tandis qu'au contraire la joue du côté malade, encerclée dans un maxillaire plus étroit, vient faire au dehors une saillie exagérée, ce qui pourrait induire en erreur le chirurgien sur le côté à opérer.

(*Acad. de méd., in Presse méd.*, 12 fév. 1913.)

De l'état des dents chez les écoliers.

L'auteur constate qu'au moins 80 o/o de tous les écoliers présentent des altérations dentaires plus ou moins prononcées. Il fonde son dire sur les observations d'autres odontologistes et sur celles qu'il a eu l'occasion de faire lui-même pendant 18 mois, dans la ville de Dumferline, comme directeur de l'Institut dentaire pour écoliers qu'y a créé Carnegie. Les altérations dentaires ont des conséquences sérieuses telles que des processus septiques dans la bouche, des abcès alvéolaires, de l'amygdalite, des troubles gastro-intestinaux, des névralgies et même de l'épilepsie. De plus l'état d'inflammation chronique des ganglions lymphatiques du cou, liée à la carie dentaire, peut aider à l'invasion par les bacilles tuberculeux. Mais abstraction faite de cette alternative, la carie dentaire constitue déjà par elle-même un important facteur au point de vue de la fréquentation de l'école et des progrès réalisés par ces élèves. L'auteur, dans 12 heures de consultation par semaine, a traité à la clinique dentaire 1400 écoliers pendant une année. Il rappelle l'initiative prise par Jessen en Allemagne, à la suite de laquelle il existe déjà 119 instituts dentaires en 1902 et rappelle qu'en Russie dès 1879 cet examen dentaire des écoliers était mis en pratique.

Taylor a occasionnellement examiné 300 jeunes gens faisant partie d'un régiment de volontaires et n'a trouvé de denture normale que chez une demi-douzaine seulement d'entre eux.

A propos de la nocuité des douceurs pour les dents, Shennan fait remarquer que précisément les meilleures marques de chocolat, qui renferment en excès l'huile de théobromine pure, sont plus nuisibles pour les dents que les sortes ordinaires.

L. S. SHENNAN (*Soc. méd.-chir. d'Edimb. — Münch. med. Woch.*, 1912, n° 44, p. 2428, et *Repert de méd.*).

Un cas de simulation de fluxion dentaire.

M. Revel, médecin-major, relate ainsi qu'il suit ce curieux cas de simulation, qui est, croyons-nous, sans exemple.

Dans le courant de l'année 1907 un canonnier se présente à la visite du 19e d'artillerie avec une fluxion dentaire. Cet homme purge depuis 8 jours une peine disciplinaire de 30 jours de prison.

Cette fluxion dentaire siège à gauche. Elle est d'aspect banal. Il n'existe au niveau de la joue ou dans son voisinage aucune plaie, aucune trace d'une inflammation quelconque. L'état de la denture est médiocre.

Nous n'insistons pas et nous prescrivons au canonnier des soins en conséquence.

Le lendemain, la tuméfaction de la joue est encore plus accentuée que la veille.

Nous examinons à nouveau le malade et nous sommes surpris de trouver à la palpation, au niveau de la région tuméfiée, de la crépitation emphysémateuse.

Le malade nous raconte alors, c'est un beau parleur, toute une histoire pathologique où les fosses nasales et le sinus maxillaire tiennent une large place. Il prétend avoir eu le même accident plusieurs années auparavant à la suite d'une opération qu'il aurait subie au niveau des fosses nasales.

L'examen minutieux du malade (rhinoscopies antérieure et postérieure, éclairage du sinus maxillaire) ne nous montre rien d'anormal.

Après quelques jours d'observation, nous évacuons le malade sur l'hôpital, d'où il sort vingt jours après complètement débarrassé de son affection, mais sans que le médecin traitant ait pu faire un diagnostic précis.

Un mois après, un deuxième canonnier — en prison lui aussi — vient nous consulter pour une affection en tous points semblable à la précédente.

Cette fois, l'idée de simulation, à laquelle nous avions vaguement songé pour notre premier canonnier, prend de la consistance et nous nous appliquons à tirer au clair la pathogénie de ce curieux phénomène.

Nous finissons par faire avouer au canonnier qu'il a créé de toute pièce sa maladie de la façon suivante :

Il introduit d'un coup sec une longue aiguille dans le sillon gingivo-jugal supérieur, au niveau des premières molaires, de façon à pénétrer à travers la muqueuse, dans le tissu cellulaire sous-cutané, entre la peau et la face externe du maxillaire supérieur. Il recommence ainsi plusieurs fois cette petite opération dans le voisinage de la première, et il souffle fortement ensuite en fermant le nez et la bouche.

Il est facile de comprendre que l'air, arrivant dans la bouche sous haute tension, pénètre à chaque expiration forcée dans le tissu cellulaire sous-cutané de la face, par l'intermédiaire des fins pertuis artificiellement créés dans le fond du sillon gingivo-jugal, et que « la fluxion dentaire » est d'autant plus accentuée que l'intéressé la « souffle » davantage.

REVEL (*Gaz. méd. de Paris*, 5 mars 1913.)

Traitement des infections buccales par un glycéré d'iode et d'iodure de zinc.

Parmi les antiseptiques que l'on utilise pour la désinfection de la cavité buccale, l'iode est incontestablement celui qui agit le plus rapidement et qui donne les résultats les plus satisfaisants. Mais, en employant les préparations officinales, telles que la teinture d'iode, on se heurte à cette difficulté que leurs applications fréquentes risquent fort d'exercer une action destructive sur la muqueuse. Afin de remédier à cet état de choses, M. Talbot (de Chicago) a recours à un glycéré d'iode et d'iodure de zinc, qui, à en juger d'après la communication faite par notre confrère à la dernière Assemblée annuelle de l'Association médicale américaine, donnerait d'excellents résultats.

La préparation préconisée par M. Talbot contient 2 parties d'eau, 3 parties d'iodure de zinc et 5 parties d'iode pour 10 parties de glycérine. Comparée avec la teinture d'iode ordinaire, ce glycéré présente l'avantage de posséder des propriétés astringentes beaucoup plus accentuées, sans compter que la glycérine favorise l'absorption rapide de l'iode et réduit ses effets irritants au minimum. D'autre part, la préparation dont il s'agit est douée d'un pouvoir de pénétration vraiment remarquable. La présence de glycérine, qui en augmente la consistance, l'empêche de se mêler à la salive et de diffuser à la surface de la muqueuse buccale, comme cela a lieu pour la teinture d'iode.

D'après l'expérience de l'auteur, ce glycéré peut être appliqué sur les gencives tous les jours au besoin, sans aucunement endommager les tissus.

M. Talbot attire particulièrement l'attention sur les bons effets que donne cette préparation dans les affections osseuses telles que caries, affections osseuses, ostéomyélites, etc. ; elle pénètre profondément dans le tissu de l'os, atteint tous les coins et recoins du foyer morbide et détruit les germes avec lesquels elle vient en contact. Les propriétés astringentes et stimulantes de l'iodure de zinc, jointes aux propriétés bactéricides de l'iode, favorisent beaucoup la réparation rapide des lésions osseuses, souvent sans qu'il faille recourir à l'emploi de la curette.

L'auteur recommande l'usage de la préparation dont il s'agit dans toutes les opérations portant sur des cavités purulentes, tant avant qu'après l'intervention, ainsi que dans les avulsions de dents, qu'il y ait ou non formation d'abcès. Dans les phlegmasies des amygdales le glycéré en question donnerait également de très bons résultats. M. Talbot préconise aussi l'emploi de cette préparation, à titre de prophylactique, chez les enfants fréquentant les écoles publiques ; afin d'éviter les infections buccales, il conseille de badigeonner, une fois par semaine, les dents, les gencives et la muqueuse de la bouche de ces écoliers avec le glycéré d'iode et d'iodure de zinc.

Il importe que l'iodure de zinc qui entre dans la composition de cette préparation soit exempt de toute impureté.

(*Arch. de stomatol.*)

Corps étrangers du sinus maxillaire.

L'auteur relate l'observation d'un malade qui avait reçu une balle dans un sinus maxillaire, et il termine son exposé par des considérations générales sur les corps étrangers du sinus.

Ceux-ci sont plutôt rares. On les range en trois catégories d'après leur nature et leur voie d'accès dans le sinus :

1° Les sinulithes, les dents, les séquestres. Les premiers naissent sur place et sont comparables aux rhinolithes ; il n'en existe que huit cas dans la littérature. Les autres pénètrent dans le sinus à la suite de manœuvres d'extraction et sont beaucoup plus fréquents ;

2° Les corps étrangers par objets de pansements. Ils sont constitués par des bandelettes de gaze, des tampons d'ouate, des drains, des canules, des obturateurs en métal ou en caoutchouc, voire même un fétu de paille, employés soit pour maintenir ouvert, soit pour obturer l'orifice après perforation alvéolaire ;

3° Les corps étrangers accidentels. Ils sont formés de corps durs pénétrant dans le sinus au cours d'accidents et sont des plus variables (épingle, pointe d'épée, tuyau de pipe). Des observations de balles de revolver dans le sinus maxillaire furent rapportées par Kan, Lejars, Sébileau, Botella, Etiévant, etc.

La présence du corps étranger peut passer inaperçue pendant très longtemps, le sinus montrant une tolérance toute spéciale vis-à-vis de lui. Généralement, cependant, elle se traduit par l'apparition de tous les symptômes d'une véritable sinusite : cacosmie, écoulement de pus par le nez ou l'orifice de pénétration, obscurité à la translumination, etc. L'examen aux rayons X permet de voir le corps *in situ* s'il est opaque aux rayons. Binder et Sarguon, en se servant d'appareils analogues au salpingoscope et en utilisant soit la voie diaméatique, soit en agrandissant les fistules préexistantes, sont parvenus à voir les corps étrangers en place. D'autres fois, lorsqu'il préexiste une suppuration sinusale, on assiste à l'exaspération de ses symptômes. Il arrive parfois aussi que la guérison de la sinusite s'obtienne malgré la présence du corps étranger qui séjourne comme tel dans le sinus.

En règle générale, une fois le corps étranger enlevé et les granulations qu'il a pu provoquer, curettées, la guérison s'obtient rapidement.

(*La Clinique,* de Bruxelles, 1er mars 1913.)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Réparation rapide d'un bridge en or sans l'enlever. — Un patient avait brisé l'incisive centrale de son bridge ; son temps étant extrêmement limité et ses occupations ne lui permettant pas de donner son bridge à réparer, je songeai à employer une dent et un arrière de Steele. Avec une roue de carborundum je réduisis les crampons de la dent brisée et la surface de l'or pour faire assez de place à l'arrière. En quelques minutes je pus pratiquer une rainure dans l'arrière d'or des dents voisines et glisser l'arrière dans celui-ci. Après façonnage de la nouvelle dent, je cimentai dent et arrière en place.

Ce procédé ne demande que 15 à 20 minutes et la réparation dure toujours (Lowenthal, *Dental Digest*, novembre 1912.)

Enlèvement du tissu gingival débordant dans une cavité cariée. — Appliquer un petit tampon d'ouate trempé dans l'acide trichloracétique sur ce tissu, et, en peu de minutes, ce tissu s'enlève avec un excavateur à cuillère. Faire une application semblable au tissu gingival débordant sur la 3e molaire quand elle est enflammée, au lieu de l'inciser ou d'essayer de l'enlever avec les ciseaux. Entourer un fouloir à canaux d'ouate pour cette application en protégeant la langue et les joues de l'action de l'acide sans rouleaux de coton absorbant. (*Dent. Summary*, décemb. 1912.)

Perfectionnement du mandrin à tour destiné à tenir le papier de verre. — Télescoper sur la partie cylindrique du mandrin un morceau de tuyau de caoutchouc et sur celui-ci des bandes de papier émerisé ou de papier de verre de la longueur voulue et maintenues par du fil ou une ficelle. Le caoutchouc étant flexible facilite l'ajustage d'une pièce, le travail est rapide et ne coûte rien. (*Dent. Summ.*, décemb. 1912.)

Emploi des tire-nerfs unis dans le traitement des canaux radiculaires. — En employant un moteur à grande vitesse actionné par une batterie à pile sèche, le tire-nerf, en rotation rapide, peut être entouré de la quantité voulue d'ouate soigneusement et uniformément, ce qui permet à l'opérateur de parvenir à l'apex, même dans des canaux très étroits sans crainte de pousser le tire-nerf au travers et au delà du coton ainsi porté. (*Dent. Summ.*)

Réparation des dentiers de vulcanite. — Enlever autant de vulcanite que possible, surtout quand il y a lieu d'ajouter une dent.

Si l'on emploie des petites queues d'aronde, il y a trop de tension sur le minéral de la dent quand le moufle est fermé et les surfaces qui cèdent difficilement et qui sont présentées par la vulcanite et l'arrière de la dent ne laisseront pas de place à l'excédent de caoutchouc pour s'écouler ; par suite, si le plâtre de Paris cède, il y a danger de fracturer la dent. (*Ash's Monthly*, nov. 1911.)

Fixation des couronnes de molaire. — La dent obturée à la manière ordinaire, agrandir la cavité pulpaire, le plus possible, pratiquer des entailles légères, prendre une couronne Dowel de dimension convenable, entailler la partie renversée et obturer avec de l'amalgame, en fixant préalablement un pivot de métal dans le trou de la couronne. Obturer la cavité pulpaire à l'amalgame et la dent avec le pivot enfoncé dedans ; le surplus qui s'échappe peut être enlevé. Le patient serre alors les dents sur un rouleau de coton ou une serviette jusqu'à ce que l'amalgame ait durci. (*Ash's Monthly*, nov. 1912.)

Alliage pour couler des couronnes. — Un alliage de 95 o/o d'or pur et de 5 o/o de platine pur peut servir à couler une couronne quand celle-ci doit rester seule. Si elle est destinée à servir d'appui à un bridge, un alliage de 90 o/o et de 5 o/o respectivement est préférable à cause de sa plus grande force et de la résistance plus grande à la mastication.

Pour fondre ces alliages employer un chalumeau à protoxyde d'azote pour avoir une chaleur suffisante. Une pression de 5 kilog, suffit pour le coulage des couronnes. (*Dent. Forum.*)

Construction d'une coiffe. — On prend mesure avec un fil métallique autour de la face triturante du tiers du milieu du moignon et l'on marque la longueur du fil sur la feuille de métal avec des cisailles. On obtient la hauteur du point le plus élevé d'une des faces et l'on marque sur la feuille la largeur de métal voulue. On ajoute 1 mm. 50 à cette largeur pour la partie qui débordera sous le bord libre de la gencive. On coupe la bande de platine ainsi délimitée, on forme et l'on ajoute le collier en soudant les bords avec une soudure de platine à 25 o/o. (*Dent. Forum.*)

Remplacement d'une dent dans un dentier de vulcanite. — Si une pièce comprend beaucoup de caoutchouc, choisir une dent, tailler un espace en queue d'aronde, pratiquer des rainures comme pour une obturation, mettre la dent en place et maintenir avec la main gauche. Chauffer une spatule de cire sur un Bunsen, faire fondre un peu d'alliage à basse fusion, l'introduire dans la cavité avec une spatule pointue et chaude, puis polir. Une réparation ainsi faite durera si la vulcanite est assez épaisse et elle demande très peu de temps. (*Pacif. Dent. Gazette.*)

BULLETIN

LE PROBLÈME DU RECRUTEMENT PROFESSIONNEL ET LA DURÉE DES ÉTUDES DENTAIRES[1]

Par Maurice Roy.

Par le décret du 11 janvier 1909 l'enseignement de l'art dentaire s'est trouvé profondément modifié :

1° Par l'obligation, à l'entrée des études, du certificat d'études primaires supérieures ou du baccalauréat, au lieu du certificat d'études secondaires ;

2° Par l'augmentation de la durée des études, portée de 3 à 5 ans par l'adjonction de deux années de stage de prothèse, préalablement aux trois années de scolarité antérieurement existantes et qui sont maintenues ;

3° Par la modification des examens, qui sont subis à la fin de chaque année, au lieu d'être subis en bloc à la fin des trois années de scolarité.

Nous nous sommes félicités de ces réformes qui ont augmenté sensiblement la valeur des études dentaires et ont renforcé l'autonomie de notre profession ; mais, toutefois, les deux premières dispositions ont eu des conséquences qui, préoccupant tout naturellement les professionnels doivent préoccuper bien plus encore l'Etat et les différentes Administrations publiques, sans compter ceux qui s'occupent des questions de philanthropie et d'enseignement supérieur.

En effet, par suite de l'augmentation des exigences à l'entrée de la profession et par suite de l'augmentation de deux ans de la durée des études, il s'est pro-

---

1. Cet article a été adressé sous forme de rapport à l'Association générale syndicale des dentistes de France et le vœu qui le termine a été adopté successivement par le Conseil de l'A. G. S. D. F., le bureau de la F. D. N. et de l'U. F. D. N ainsi que par la section d'odontologie de l'A. F. A. S. à Tunis ; il a été présenté par une délégation aux autorités académiques.

duit une diminution considérable du nombre des élèves des écoles dentaires qui, de 400 à 500 nouveaux environ par an dans les différentes écoles de France sous l'ancien régime, est tombé à une quarantaine.

Cette situation est appelée à avoir des conséquences multiples que nous allons brièvement exposer.

*
* *

On peut logiquement estimer que les quarante élèves inscrits à l'heure actuelle en 1re année dans les écoles, dont un tiers de femmes, se trouveront réduits, après cinq ans d'études à 30 ou 35 au plus par suite de causes diverses, abandon d'études, maladie, etc.

Or, le nombre des dentistes en France étant actuellement de 3.000 environ, si l'on fixe seulement à 1/20 par an le nombre de ceux qui cessent d'exercer par suite de retraite, décès ou toute autre cause, on voit que le nombre des nouveaux dentistes formés ne permettra pas le remplacement normal des dentistes actuellement existants puisque, après une période de trois ans pendant laquelle on ne formera pas de nouveaux dentistes, ils seront au plus 35 pour pourvoir à 150 cessations d'exercice par année.

On verra donc se produire pour les dentistes ce qui se produit actuellement pour les pharmaciens : une grande difficulté et même une impossibilité de céder une clientèle par suite de l'insuffisance du nombre des dentistes.

*
* *

Certains professionnels partisans de la suppression des chirurgiens-dentistes et de leur remplacement par des docteurs en médecine pourront prétendre que cette insuffisance de recrutement sera compensée par une augmentation du nombre des médecins se consacrant à l'art dentaire ; mais, outre que cette affirma-

tion demanderait à être démontrée, nous ne craignons pas de dire que cela ne serait un bien ni au point de vue professionnel ni au point de vue social.

Au point de vue professionnel, nous ne reviendrons pas sur les arguments qui ont été présentés par les odontologistes en faveur de l'autonomie de l'art dentaire, qui ne doit pas être absorbé par la médecine pas plus que par la bijouterie, la céramique, le modelage ou l'une quelconque des autres sciences et arts auxquels il emprunte les éléments qui constituent la science et la technique dentaires. On ne demande pas l'obligation du doctorat en médecine pour les pharmaciens sous prétexte qu'ils délivrent des médicaments aux malades, ni le diplôme de pharmacien aux médecins sous prétexte qu'ils prescrivent à chaque instant des médicaments à leurs malades. On se contente, à juste titre, de demander seulement certaines études biologiques et médicales aux pharmaciens et seulement certaines études pharmacologiques aux médecins. De même on doit se contenter, comme cela existe actuellement, de demander aux dentistes certaines études biologiques et médicales qui répondent à l'ensemble des connaissances qui leur sont nécessaires pour l'exercice de leur profession tout à fait spécialisée.

Au point de vue social, cette suppression du chirurgien-dentiste et son remplacement par le médecin ne saurait se souhaiter car, par suite de la complexité des connaissances nécessaires à l'exercice de l'art dentaire, il ne faut pas à un médecin, de l'avis de tous les praticiens autorisés du monde entier, moins de deux ans d'études spéciales pour acquérir ces connaissances indispensables, en sorte que ce n'est qu'après huit ans d'études au minimum *qu'un médecin peut se consacrer valablement à l'art dentaire.*

Or, dans ces conditions, quels seront les médecins qui, après ces longues et coûteuses études, consenti-

ront à aller exercer l'art dentaire dans les petites villes et pour des honoraires minimes ?

On voit immédiatement, même avec cette source de recrutement dont nous ne faisons que signaler quelques-uns des inconvénients, combien il sera difficile de pourvoir au remplacement des chirurgiens-dentistes cessant l'exercice de leur profession et combien les petits centres, actuellement si peu favorisés, se trouveront encore plus dépourvus de dentistes.

Si donc la situation actuelle se prolongeait elle amènerait infailliblement une diminution très rapide du nombre des dentistes et celle-ci aurait des conséquences sociales des plus graves.

*
* *

Examinée en effet en dehors de toute considération professionnelle cette diminution des dentistes ne saurait être envisagée de gaîté de cœur par les hygiénistes et les sociologues car il est indiscutable que le développement de l'art dentaire et l'augmentation du nombre des dentistes ont marqué un progrès considérable dans l'hygiène générale de la population et dans l'amélioration de la santé publique. Pour quiconque veut bien se placer au seul point de vue de la santé publique et de l'intérêt général, il est incontestable que, non seulement le nombre des dentistes ne doit pas diminuer, mais qu'il doit encore considérablement augmenter avec les progrès de l'hygiène si l'on s'en rapporte à ce qui existe dans des pays comme l'Amérique où l'hygiène a fait de si grands progrès et où il existe 32.000 dentistes pour une population de 78 millions d'habitants, alors qu'il n'y en a pas 3.000 en France pour 40 millions de citoyens.

Le devoir des pouvoirs publics est donc de favoriser l'augmentation du nombre des dentistes en vue d'améliorer l'hygiène générale du pays et ils y seront contraints par le fonctionnement même des quelques organisations hygiéniques qui ont été récemment créées

et qui vont par suite de la situation actuelle se trouver dans l'impossibilité de fonctionner.

*
* *

Pour prendre un exemple : depuis 1907, on a organisé dans les régiments des services dentaires chargés d'inspecter les dents des soldats et d'assurer à ceux-ci les soins les plus urgents. Ces organisations, bien qu'assez rudimentaires, ont déjà rendu de très grands services, mais il a été impossible de les faire fonctionner avec le personnel du service de santé militaire déjà trop occupé par ailleurs et, en outre, tout à fait incompétent ; les services dentaires de l'armée n'ont pu exister que grâce aux élèves des écoles dentaires qui, diplômés ou très avancés dans leurs études au moment de leur incorporation, ont permis de réaliser ce grand progrès social appelé à avoir une si grosse répercussion sur la santé générale de nos soldats.

Or, rien que pour assurer le fonctionnement de l'organisation rudimentaire actuellement existante, l'Administration de la guerre a besoin de 200 dentistes ; où pourra-t-elle les trouver parmi les 35 dentistes qui, dans trois ans, sortiront des écoles et parmi lesquels on compte un tiers de femmes.

Les écoles, qui assuraient des soins gratuits à plus de 100.000 indigents à Paris, Lyon, Bordeaux, grâce aux nombreux élèves qui fréquentaient leurs dispensaires ne pourront plus assurer que difficilement cette œuvre d'assistance ; les consultations hospitalières de l'Assistance publique, où les jeunes élèves des écoles venaient bénévolement donner leurs soins aux malades, vont également souffrir grandement de cette diminution du nombre des étudiants.

Ce ne sont là que des à côtés de la question, mais qui n'en sont pas moins des questions angoissantes pour ceux qui ont quelque souci des souffrances des déshérités et des moyens d'en assurer le soulagement.

Et nous ne parlons pas des intérêts de cet enseignement supérieur créé de toutes pièces par l'initiative privée, de cet enseignement qui a augmenté le patrimoine moral et intellectuel de la France en portant aux quatre coins du monde l'influence française grâce aux nombreux étrangers qui sont venus apprendre l'art dentaire dans nos écoles.

*
* *

Les causes de la situation que nous venons d'exposer sont, nous l'avons dit, la double transformation : 1° dans les conditions d'entrée ; 2° dans la durée des études. Chacune de ces modifications, à elle seule, devait avoir pour conséquence naturelle une certaine diminution, au moins momentanée, des étudiants ; mais les deux modifications ayant été faites à la fois et avec des dispositions transitoires insuffisantes, il en est résulté une brusque raréfaction tout à fait anormale et qui, ainsi que nous venons de le démontrer, n'est pas sans présenter de très graves inconvénients non pas seulement au point de vue professionnel, mais bien plus encore au point de vue social, au point de vue de l'hygiène générale, de l'Assistance publique, et du fonctionnement de services indispensables comme les services dentaires de l'armée.

Il importe donc de porter un remède à une situation qui, en se prolongeant, pourrait être grave.

Les moyens que l'on peut employer pour y remédier doivent s'adresser à l'une ou à l'autre des causes de cette situation. Or il nous paraît difficile de revenir aux anciennes conditions d'admission dans la profession par le rétablissement d'un certificat universitaire qui se trouve maintenant supprimé.

Par contre, l'augmentation de durée des études, qui, en augmentant considérablement la dépense des frais d'études pour les familles, a notablement contribué à

la situation que nous signalons peut être modifiée sans porter atteinte à l'esprit du décret du 11 janvier 1909. Il suffirait de décider que la 2e année de stage *pourrait* se confondre avec la première année de scolarité et que l'examen de validation de stage *pourrait* être subi immédiatement avant le 1er examen de scolarité. *De cette façon, tout en conservant le même programme et la même organisation des études, les étudiants qui voudraient gagner une année pourraient, en fournissant un peu plus de travail, achever leurs études en quatre années au lieu de cinq.*

Cette modification, qui nous paraît assez facile à introduire dans le décret, est analogue à celle qui existe dans un pays voisin, l'Angleterre[1]. *La durée des études, dans ce pays comme en France, est de 5 ans et comprend, comme chez nous, un stage de prothèse et une scolarité ; mais le règlement du* Royal Collège of Surgeons *qui régit la matière, donne la faculté aux étudiants de faire simultanément la dernière année de stage et la première année de scolarité et d'achever ainsi leurs études en 4 ans. C'est, on le voit, exactement la disposition que nous souhaiterions voir introduire dans le décret du 11 janvier 1909 et qui serait, pensons-nous, de nature à atténuer la répercussion fâcheuse de ce décret sur le recrutement professionnel dont la diminution ne serait pas sans soulever de gros problèmes et présenter de très graves inconvénients.*

Aux arguments que nous venons de développer vient s'en ajouter un nouveau, qui aggrave encore singulièrement la situation : c'est la nouvelle loi militaire en préparation. Celle-ci, en augmentant d'un an la durée du service militaire, va rendre encore plus difficile le recrutement des dentistes comme celui de toutes les professions libérales ; aussi, celles-ci, se préoccupant de la situation nouvelle, demandent déjà pour cette seule

---

1. Il en serait de même, paraît-il, en Allemagne.

raison, certaines modifications de programme et de durée comme par exemple la suppression du P. C. N. pour la médecine. La modification que je propose d'introduire dans les études dentaires s'impose donc encore plus que jamais.

*
* *

Comme conclusion de cet exposé j'ai l'honneur de proposer le vœu suivant à soumettre aux pouvoirs publics :

Considérant les graves inconvénients de la brusque diminution du recrutement professionnel résultant de l'application du décret du 11 janvier 1909 tant au point de vue social, qu'au point de vue de l'hygiène générale, des services d'Assistance publique, des services dentaires de l'armée et de la marine, ainsi qu'au point de vue des intérêts de la profession dentaire, l'Association générale syndicale des dentistes de France émet le vœu que le décret du 11 janvier 1909, réglementant les études dentaires soit modifié ainsi :

LA DEUXIÈME ANNÉE DE STAGE POURRA SE FAIRE SIMULTANÉMENT AVEC LA PREMIÈRE ANNÉE DE SCOLARITÉ. DANS CE CAS L'EXAMEN DE VALIDATION DE STAGE POURRA ÊTRE SUBI IMMÉDIATEMENT AVANT LE 1er EXAMEN DE SCOLARITÉ.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES DIPLOMES DE CHIRURGIEN-DENTISTE D'UNIVERSITÉ

Nous continuons et nous terminons dans ce numéro la série des questions écrites adressées par M. Peyroux, député, au Ministre de l'Instruction publique au sujet des diplômes de chirurgien-dentiste d'Université, en particulier de l'Université de Nancy, et des réponses qui y ont été faites par ce Ministre (V. notre numéro du 15 avril 1913).

On peut s'étonner à ce sujet qu'aucune question n'ait été posée à propos de la faculté accordée aux étudiants étrangers postulant le diplôme de chirurgien-dentiste de l'Université de Nancy de faire leur stage, à leur choix, à cette Université ou dans les écoles étrangères, mais non dans les écoles dentaires françaises, *ce qui, on en conviendra, est une singulière anomalie, pour ne pas dire plus, contre laquelle on ne saurait trop protester, puisque, pour le diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste, les étudiants sont admis à faire leur stage et leur scolarité dans ces écoles.*

Nous appelons l'attention de la F. D. N. sur ce point.

***

Réponse *de M. le Ministre de l'Instruction publique* à la question nº 2981, posée par M. Peyroux, député, le 12 mars 1913.

M. Peyroux, député, demande à M. le Ministre de l'Instruction publique de lui faire connaître si la Faculté de médecine et le Conseil de l'Université de Nancy, si la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique, qui ont formulé, les premiers, une proposition, la seconde, un avis, sur lesquels a été rendu l'arrêté du 19 novembre 1912, avaient connaissance des poursuites engagées à l'étranger contre de nombreux pseudo-dentistes.

Réponse.

La réponse ne peut être que négative.

Il y a lieu d'ailleurs de faire observer que la création par l'Université de Nancy, à l'usage des étrangers, d'un diplôme spécial de chirurgien-dentiste ne conférant pas le droit à l'exercice de la profession en France, ne date pas du mois de novembre 1912, mais qu'elle remonte au mois de juin 1902. L'arrêté du 19 novembre 1912 n'a fait qu'apporter certaines modifications au règlement d'études en vue de ce diplôme. Ce règlement avait déjà été modifié

en novembre 1909 en raison du décret du 11 janvier de la même année établissant un régime nouveau pour le diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste. (*J. officiel* des 24-26 mars 1913, p. 1210.)

RÉPONSE *de M. le Ministre de l'Instruction publique* à la question nº 2882, posée par M. Peyroux, député, le 12 mars 1913.

M. Peyroux, député, demande à M. le Ministre de l'Instruction publique de lui faire connaître le nombre des étudiants en chirurgie dentaire français, le nombre des étudiants en chirurgie dentaire étrangers, régulièrement inscrits devant la Faculté de médecine de Nancy.

RÉPONSE.

La Faculté de médecine de l'Université de Nancy compte actuellement 21 étudiants en chirurgie dentaire français et 10 étudiants en chirurgie dentaire étrangers, dont 4 pourvus du certificat d'études exigé des étudiants français postulant le diplôme d'Etat et 6 postulant le diplôme universitaire. (*J. officiel* du 23 mars 1913.)

RÉPONSE *de M. le Ministre de l'Instruction publique* à la question nº 2983 posée par M. Peyroux, député, le 12 mars 1913.

M. Peyroux, député, demande à M. le Ministre de l'Instruction publique si l'arrêté du 19 novembre 1912 est limité à la Faculté de médecine de Nancy ; si, au contraire, il est étendu à toutes les Facultés de médecine de France ; enfin s'il est limité à la Faculté de médecine de Nancy, quelles sont les raisons pour lesquelles cette Faculté a été choisie de préférence aux autres.

RÉPONSE.

L'Université de Nancy n'est pas la seule qui ait institué pour les étrangers un diplôme spécial de chirurgien-dentiste ne conférant pas le droit d'exercer en France.

L'Université de Lille et l'Université de Bordeaux ont également institué ce diplôme spécial. Les dispositions de l'arrêté du 19 novembre 1912 ne sont pas en fait limitées à la Faculté de médecine de Nancy, car elles sont identiques aux dispositions d'un arrêté du 17 mai de la même année modifiant le règlement d'études en vue du diplôme spécial de l'Université de Bordeaux. L'Université de Nancy a demandé ce que l'Université de Bordeaux avait demandé et il a paru qu'il n'y avait pas lieu de refuser à l'Université de Nancy ce qui avait été accordé à l'Université de Bordeaux.

Le règlement d'études en vue du diplôme spécial de chirurgien-dentiste institué par l'Université de Lille en novembre 1910 prévoit, lui aussi, des facilités d'études pour les étrangers candidats à ce diplôme. (*J. officiel* des 24-26 mars 1913, p. 1210.)

Réponse *de M. le Ministre de l'Instruction publique* à la question n° 2984, posée par M. Peyroux, député, le 12 mars 1913.

M. Peyroux, député, demande à M. le Ministre de l'Instruction publique de lui faire connaître le nom des chirurgiens-dentistes étrangers qui, ayant obtenu leur diplôme universitaire, ont ultérieurement fait transformer celui-ci en diplôme d'Etat, bien que n'ayant pas obtenu les grade, brevet ou certificat exigés par le décret du 11 janvier 1909.

Réponse.

Aucun étudiant de nationalité étrangère admis à postuler le diplôme universitaire de chirurgien-dentiste n'a été et ne sera autorisé à postuler le diplôme d'Etat sans justifier des grade, brevet ou certificat exigés par le décret du 11 janvier 1909. Si des étudiants étrangers ont été, sous le régime antérieur au régime établi par ce décret, autorisés à postuler le diplôme d'Etat, c'est que ces étudiants justifiaient soit du baccalauréat, soit du certificat d'études exigé des étudiants français par le décret du 25 juillet 1893, pour l'inscription régulière en vue de ce diplôme. (*J. officiel* des 24-26 mars 1913, p. 1210.)

STATISTIQUE DU PERSONNEL DENTAIRE

Publiée par le ministère de l'Intérieur.

DÉPARTEMENTS	DIPLOMÉS	PATENTÉS	TOTAL
Ain	9	»	9
Aisne	12	14	26
Allier	15	»	15
Alpes (Basses-)	3	»	3
Alpes (Hautes-)	2	»	2
Alpes-Maritimes	39	26	65
Ardèche	5	3	8
Ardennes	7	5	12
Ariège	1	1	2
Aube	7	4	11
Aude	8	1	9
Aveyron	3	1	4
Bouches-du-Rhône	39	33	72
Calvados	12	4	16
Cantal	2	»	2
Charente	12	»	12
Charente-Inférieure	16	»	16
Cher	12	»	12
Corrèze	10	»	10
Corse	1	»	1
Côte-d'Or	14	»	14
Côtes-du-Nord	8	»	8
Creuse	3	»	3
Dordogne	8	5	13
Doubs	19	4	23
Drôme	8	7	15
Eure	17	3	20
Eure-et-Loir	10	4	14
Finistère	11	3	14
Gard	10	11	21
Garonne (Haute-)	19	16	35
Gers	7	2	9
Gironde	92	31	123
Hérault	6	10	16
Ille-et-Vilaine	6	6	12
Indre	6	2	8
Indre-et-Loire	10	3	13
Isère	19	12	31
Jura	7	3	10
Landes	7	6	13
Loir-et-Cher	2	4	6
Loire	12	11	23
Loire (Haute-)	4	1	5
Loire-Inférieure	28	2	30
Loiret	14	5	19

DÉPARTEMENTS	DIPLOMÉS	PATENTÉS	TOTAL
Lot	5	»	5
Lot-et-Garonne	10	»	10
Lozère	1	1	2
Maine-et-Loire	21	1	22
Manche	11	4	15
Marne	15	6	21
Marne (Haute-)	7	4	11
Mayenne	5	1	6
Meurthe-et-Moselle	26	9	35
Meuse	11	»	11
Morbihan	7	3	10
Nièvre	7	3	10
Nord	65	32	97
Oise	13	8	21
Orne	5	6	11
Pas-de-Calais	6	28	34
Puy-de-Dôme	5	7	12
Pyrénées (Basses-)	19	»	19
Pyrénées (Hautes-)	8	2	10
Pyrénées-Orientales	1	2	3
Rhin (H[t]) (partie française)	5	2	7
Rhône	81	36	117
Saône (Haute-)	2	4	6
Saône-et-Loire	17	8	25
Sarthe	17	1	18
Savoie	9	9	18
Savoie (Haute-)	4	5	9
Seine	858	267	1.125
Seine-Inférieure	33	33	66
Seine-et-Marne	18	8	26
Seine-et-Oise	53	21	74
Sèvres (Deux-)	7	1	8
Somme	14	6	20
Tarn	7	1	8
Tarn-et-Garonne	5	1	6
Var	22	27	49
Vaucluse	9	12	21
Vendée	5	6	11
Vienne	10	1	11
Vienne (Haute-)	8	2	10
Vosges	11	5	16
Yonne	10	5	5
TOTAUX	2.015	833	2.848

Cette statistique nous paraissant inexacte, nous serons reconnaissants à nos confrères de nous adresser toutes les rectifications qu'ils seraient en mesure de nous fournir.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

La Société Odontologique de France a organisé une séance de communications orales et une séance de démonstrations pratiques, qui ont eu lieu le samedi 12 avril, à 9 heures du soir, et le dimanche 13 avril, à 9 h. 1/2 du matin, à l'Ecole odontotechnique, 5, rue Garancière.

La séance du dimanche a été suivie d'un déjeuner amical au restaurant Voltaire, place de l'Odéon, à midi 1/2.

L'Ecole dentaire de Paris était représentée à ce banquet, par M. Blatter, directeur adjoint, qui représentait également les autres Associations qu'il préside; la Société d'Odontologie était représentée par M. H. Dreyfus, vice-président.

Les communications orales du samedi étaient les suivantes :

1° *M. H. Martin.* — Conférence sur l'Homme primitif de la Quina, avec projections.

2° *M. Siffre.* — Les dents des préhistoriques, avec projections.

3° *M. R. Dubois.* — Etude comparative des inlays d'or coulé et des aurifications.

4° *M. P. Dubois.* — Observation d'un accident d'extraction d'une dent de sagesse inférieure.

5° *M. Siffre.* — Prothèse thérapeutique des irrégularités dentaires; revue rétrospective des appareils de redressement, avec projections.

Les démonstrations pratiques du dimanche étaient les suivantes :

1° *M. Barrié.* — Présentation d'un four électrique.

2° *M. Eugène Darcissac.* — *a*) Recherche de la dentine cariée par l'iode.

b) Présentation d'un malade porteur de deux bridges.

3° *M. J. Filderman.* — Construction rapide de contreplaques pour dents interchangeables.

4° *M. Frison.* — Cas de nécrose étendue du maxillaire inférieur.

5° *MM. R. Kern et F. Linet* — Présentation d'un album de prothèse dentaire moderne.

6° *MM. R. Kern et Boulogne.* — Présentation d'un cas d'abrasion mécanique, avec traitement.

7° *M. Sadrin.* — Extirpation indolore des pulpes vivantes par infiltration ligamentaire.

8° *M. Schatzmann.* — *a*) Présentation d'une couronne-support genre Care-Michel.

b) Méthode d'obturation des canaux dans des cas difficiles.

9° *M. Siffre.* — *a*) Cas d'irrégularités dentaires.

b) Présentation de quelques types de prognathes.

10° *M. Solbrig.* — Les plans inclinés dans la construction des dentiers complets.

11° *Exposition de Fournisseurs* :

Maison Ash. — Nouvelles applications de la Presse Solbrig-Platschick.

Maison Gautier et Toury. — Présentation d'une table électrique, etc.

ASSOCIATION DE L'ÉCOLE ODONTOTECHNIQUE

Nous recevons de l'Association de l'Ecole odontotechnique une communication dont l'abondance des matières nous oblige à ajourner la publication au prochain numéro.

SOCIÉTÉ EUROPÉENNE D'ORTHODONTIE

La Société européenne d'orthodontie, présidée par notre confrère M. R. Anema, tiendra sa 6e réunion annuelle à Londres les 11, 12 et 13 mai 1913, avec le programme suivant, susceptible d'être modifié et complété.

M. Subirana, Madrid. — Teradontographe.

M. Law, Berlin. — L'orthodontie en 1913.

M. de Vries, Berlin. — Rétention.

M. Francis Jean, Paris. — L'expansion bi-latérale et uni-latérale des arcades dentaires.

M. Georges Villain, Paris. — De l'esthétique faciale en orthopédie dentaire.

M. Charles Edward Woodruff, médecin-major de l'armée des Etats-Unis. — Hérédité ou ambiance.

M. E. A. Bogue, New-York.— Beauté et santé chez les enfants.

M. A. H. Ketcham, Denver. — Cas traités par les nouveaux appareils d'Angle.

M. Mayo Collier, Londres. — Difformités des maxillaires supérieurs et inférieures dues à la respiration buccale.

M. A. Rubbrecht, Bruxelles. — Confection et application d'appareils.

M. Sim Wallace, Londres. — Classification.

D'autres communications ont été annoncées par MM. Mackenzie, de l'Hôpital central de rhino-laryngologie de Londres, Chiavaro (de Rome), Godon et Davenport (de Paris).

Une lanterne spéciale, appelée *épidoscope*, dans laquelle il suffit de placer même les modèles des dentiers pour obtenir des projections sur l'écran, sera à la disposition des auteurs de communications.

SOCIÉTÉ DENTAIRE DE FRANCFORT-SUR-LE-MAIN ET SOCIÉTÉ CENTRALE DES CHIRURGIENS-DENTISTES ALLEMANDS

La Société dentaire de Francfort-sur-le-Main célébrera son cinquantenaire du 1er au 4 mars 1913, en même temps que la Société centrale des chirurgiens-dentistes allemands tiendra sa 52e réunion annuelle.

La F. D. N. française et l'A. G. S. D. F. ont été invitées par la Société dentaire de Francfort, présidée par notre distingué collaborateur M. Schäffer-Stuckert, à se faire représenter à ce jubilé.

Le cinquantenaire sera, en particulier, célébré par une séance commune d'ouverture, qui aura lieu le jeudi 1er mai (Ascension), à 9 heures du matin, dans le grand amphithéâtre de la Société de physique, puis par la réception des participants à l'Hôtel de Ville par le Conseil municipal le vendredi 2 mai et par un banquet commun au Palmengarten.

Programme de la Société centrale.

Le programme comprend 34 communications scientifiques, qui ne devront pas durer plus de 20 minutes chacune ; deux rapports sur des sujets choisis (le 2 mai, à 9 heures du matin) ; une séance du Comité national allemand de la F. D. I., le mercredi 30 avril, à 4 heures, à l'Hôtel impérial (Opernplatz) ; une séance du bureau, à 5 heures, dans le même local ; une séance de la Commission de réception ; une assemblée des membres à 5 heures dans le grand amphithéâtre de la Société de physique.

Programme de la Société dentaire de Francfort.

En ce qui concerne spécialement la Société dentaire de Francfort, le *mercredi* 30 *avril*, à 8 heures du soir, réception des membres et des invités dans la salle des fêtes de l'Alemannia, Schillerplatz.

Le 1er *mai*, à 1 heure, déjeuner, auquel les dames sont admises, dans la salle des fêtes de l'Alemannia.

2 heures 1/2, réunion scientifique, à la Société de physique.

5 heures, assemblée des membres à la Société de physique.

8 heures, représentation au Krystall Palace.

Le 2 mai, 9 heures à midi 1/2, rapports (Société de physique)

1 heure, réception des participants et des dames et lunch offert par la Municipalité de Francfort à l'Hôtel de Ville (Hommes,

tenue sombre ; dames, toilette de ville) ; ensuite déjeuner en commun à la Rathskeller.

2 heures 1/2, réunion scientifique à la Société de physique.

7 heures 1/2, banquet, avec les dames (dans le Palmengarten), offert par la Société dentaire (tenue de soirée).

Le 3 *mai*, de 9 heures à 1 heure, séance scientifique, à la Société de physique.

1 heure 1/2, déjeuner en commun dans la salle à manger de la Gare centrale.

2 heures 1/2, démonstrations dans tous les locaux du *Carolinum*.

8 heures, représentation au Nouveau Théâtre.

Programme des dames.

Le 30 *avril*, 8 heures soir, réception dans la salle des fêtes de l'Alemannia.

Le 1er *mai*, matin, promenade en automobile dans le Taunus.

1 heure, déjeuner en commun dans la salle des fêtes de l'Alemannia.

4 heures, Thé-concert au Palmengarten.

8 heures, représentation au Krystall Palace.

Le 2 *mai*, 10 heures 1/2 matin, visite des monuments et musées.

1 heure, réception à l'Hôtel de Ville par la Municipalité, suivie d'un déjeuner en commun dans la Rathskeller.

7 heures 1/2, banquet au Palmengarten.

Le 3 *mai*, matin, visite de l'Opéra.

1 heure, déjeuner à la Gare centrale.

4 heures, visite de l'hôpital municipal.

8 heures, représentation au Nouveau -Théâtre.

Pour tous les participants, le 4 mai, 10 heures du matin, excursion à Hombourg-les-Bains et au Château de la Saal.

NÉCROLOGIE

Emile Pothier.

Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de notre confrère M. Emile Pothier, de Vichy, un des plus anciens membres de l'A. G. S. D. F., chirurgien-dentiste honoraire de l'hôpital, officier de l'Instruction publique, décoré de la médaille de 1870-1871, titulaire d'une médaille d'or de sauvetage et d'une médaille de l'Assistance publique. Il est décédé le 9 avril, à l'âge de 62 ans ; ses obsèques ont eu lieu le lendemain.

Nous adressons à Mme Pothier, sa veuve, et à toute sa famille nos très sincères condoléances.

NOUVELLES

Ecole dentaire de Paris.

Par décision du Conseil d'administration en date du 11 mars 1913 il sera ouvert le 18 mai un concours pour trois postes de chef de clinique d'anesthésie.

Mariage.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Henry Cannon, D. E. E. P., membre de l'A. G. D. F., avec Mlle Marguerite Delage, célébré le 28 avril.

Nous adressons nos félicitations et nos vœux de bonheur aux jeunes époux.

A l'Académie des sciences.

L'Académie des sciences, dans sa séance du 14 avril, avait à élire le successeur de M. Teisserenc de Bort. Au premier tour, M. le prof. Landouzy, doyen de la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, a été élu par 12 voix. Il était présenté en première ligne, contre 9 à M. Blondel et 1 à MM. A. de Gramont, Désiré André, Paul Janet et Maurice d'Ocagne.

Nous prions M. le prof. Landouzy d'agréer nos vives félicitations.

Exposition de Lyon.

Une exposition internationale urbaine s'ouvrira à Lyon le 1er mai 1914. Elle comprendra 47 sections embrassant l'hygiène, les industries urbaines, les arts, etc.

La section 23 est consacrée à l'enseignement supérieur, la section 24 à l'enseignement technique, professionnel et ménager, la section 26 à l'économie sociale (mutualité, syndicats, etc.).

Distinctions honorifiques.

Nous relevons dans le *Journal officiel* les distinctions honorifiques suivantes :

MEMBRES DE L'A. G. S. D. F.

Officiers de l'Instruction publique.

MM. Debray (St-Germain-en-Laye).
Tusseau (Paris).
M. Wisner (Paris).

Officier d'Académie.

M. Teisset (Neuilly-sur-Seine).

Nous leur adressons nos vives félicitations.

MEMBRES DE LA PROFESSION.

Officiers de l'Instruction publique.

MM. Bazénerye (Paris).
Champagne (Paris).
Déthès (Marseille).
MM. Goyon (Paris).
Nogué (Paris).
Ziegler (Charenton).

Officiers d'Académie.

MM. Aillet (Cahors).
Castille (Paris).
Gresseteau (Paris).
Lacour (Menton).
Mme Lardy (Paris).
M. Mikorsky (Colombes).
MM. Morel (Paris).
Piton (Poissy).
Raynal (Paris).
Renault (Le Mans).
Utéza (Blois).
Weill (Valenciennes).

* * *

Il convient d'ajouter à cette liste le nom de notre distingué et savant confrère et collaborateur, le Prof. Truman Brophy, de Chicago, qui, à la suite des démarches faites par la F. D. N., vient d'obtenir la rosette d'officier de l'Instruction publique.

Nous sommes particulièrement heureux de cette distinction si justifiée.

Les dentistes et la réforme sanitaire en Roumanie.

Une délégation des dentistes de Bucarest a remis le 20 mars à M. Take Ionesco, ministre de l'Intérieur, un mémoire relatif à la réforme sanitaire en état de projet.

Sport.

La demi-finale des écoles a eu lieu le dimanche 6 avril : I. A Châlons-sur-Marne, Ecole dentaire de Paris contre Ecole des Arts et Métiers de Châlons-sur-Marne.

II. A Libourne Saint-André-de-Cubzac contre Ecole Professionnelle de Périgueux.

Le dimanche 20 avril : I. A Toulouse, Ecole des Arts et Métiers d'Aix-en-Provence contre vainqueur Saint-André-de-Cubzac-Périgueux.

II. A Paris, Ecole Normale de Bourg contre vainqueur Paris-Châlons-sur-Marne.

Le dimanche 27 avril, finale.

Exposition de Bruxelles.

Notre confrère M. Quincerot, président du Comité de l'Œuvre du monument d'Horace Wells, nous communique la lettre suivante, avec prière d'insérer, qu'il a adressée tout récemment à M. Bertaut-Blancard, rapporteur général de l'Exposition de Bruxelles :

Monsieur,

Je viens de recevoir votre rapport sur la classe 16 groupe XVII-B de l'Exposition Universelle de Bruxelles 1910, magistralement établi, et je me permets à cet effet de vous adresser mes félicitations, ainsi que mes remerciements.

Cependant je ne puis faire autrement que de vous signaler une grosse omission, en ce qui concerne la chronique documentaire de l'anesthésie chirurgicale page 56.

C'est *Horace Wells* et non Jackson, son spoliateur, qui a mis en pratique le procédé du protoxyde d'azote — tous les documents ont rétabli le fait — et comme président du Comité d'initiative, j'ai fait inaugurer à Paris, le 27 mars 1910, square des Etats-Unis, avenue d'Iéna, un monument au dentiste Horace Wells, ainsi qu'un médaillon à l'illustre physiologiste Paul Bert qui a continué l'étude du protoxyde d'azote.

Mon devoir était de vous signaler ce fait, en exprimant le regret d'une omission aussi capitale au point de vue historique.

Veuillez agréez, etc.

Ch. Quincerot,
Chirurgien-dentiste des Manufactures de l'Etat.

P. S. En 1915 sera décerné le *prix Horace Wells* d'une valeur de 300 francs au meilleur mémoire ou procédé relatif à l'anesthésie chirurgicale.

33e ANNÉE. N° 9. 15 MAI 1913 VOL. XLIX

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

DESQUAMATION ÉPITHÉLIALE PROFUSE SIMULANT LA PYORRHÉE

Par M. MENDEL-JOSEPH,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, 4 mars 1913.)

C'est une simple observation de pratique professionnelle. Le cas est assez rare ; mais ce n'est point ce caractère exceptionnel qui en fait tout l'intérêt et qui m'incite à vous le rapporter. J'estime, au contraire, que l'étude et l'analyse des faits d'observation fréquente est tout aussi profitable, sinon plus, pour notre tâche quotidienne. Je le signale surtout parce qu'il a donné lieu à des erreurs de diagnostic qui avaient entraîné des erreurs thérapeutiques.

J'ajoute que le terme « pyorrhée » a été pris ici dans le sens général de « sécrétion purulente chronique ».

Il s'agit d'une dame américaine de New-York, d'une quarantaine d'années. Elle vint me voir au commencement de décembre dernier, en compagnie de M. M., son médecin de Paris.

Cette dame racontait que tous les matins, en se réveillant, elle trouvait dans sa bouche une notable quantité de liquide épais, gluant, jaunâtre, d'une saveur et d'une odeur extrêmement désagréables et qu'elle croit être du pus. Voici plus d'un an qu'elle s'est aperçue de cette incommodité qui la contrarie et l'inquiète à la fois. Le liquide, disait-elle, est particulièrement abondant au lendemain d'un repas copieux, quoiqu'elle n'accuse aucun trouble de l'appareil digestif. Elle avait consulté son dentiste et son médecin de New-York,

qui, ne trouvant rien de suspect dans la bouche, avaient supposé l'existence d'une sinusite maxillaire et l'avaient adressée à un rhinologiste.

Etant à Paris, où tous les ans elle vient passer quelques semaines, elle alla consulter M. M., médecin, qu'elle connaissait depuis longtemps. Celui-ci, à l'aspect du liquide dont se plaignait la malade, pensa qu'il s'agissait d'une sécrétion de quelque ancien foyer purulent siégeant au niveau d'une dent malade. Il se mit à examiner la bouche et les dents, avec les moyens sommaires dont il disposait ; mais n'ayant découvert aucune lésion précise, il recommanda à sa patiente d'aller me voir pour un examen buccal plus approfondi.

Cette personne, m'a dit le médecin, est dans un excellent état de santé général. Il était presque persuadé qu'il s'agissait de quelque dent malade ayant occasionné un vieil abcès et déversant du pus dans la bouche pendant la nuit.

J'ai donc procédé à l'examen des dents, des arcades dentaires, — individuellement et dans leurs rapports d'occlusion, — de la région alvéolaire, enfin de la muqueuse buccale et rétro-buccale ou pharyngienne.

Les dents, de qualité moyenne, portent des aurifications, des inlays en or. Une couronne en or recouvre la $\frac{-}{6}\Big|-$. Un petit bridge, fixé à l'aide d'un grand bloc d'or ancré dans la molaire de six ans, remplace $-\Big|\frac{5}{-}$. Tous ces travaux sont faits avec le plus grand soin et dénotent un opérateur habile et consciencieux. Point de sensibilité à la percussion.

Sur un certain nombre de dents on remarque au collet l'existence de cavités cunéiformes connues sous le nom d'abrasion chimique. Notons ce fait, en passant ; nous verrons pourquoi.

Les arcades dentaires sont régulièrement développées et leur occlusion est normale.

La région gingivo-alvéolaire a l'aspect, la consistance et la sensibilité normales. Nulle lésion appréciable. La molaire qui portait la couronne en or était, il y a deux ans, le point de départ d'une infection alvéolaire, avec abcès chroni-

que et trajet fistuleux. Tout cela a été soigné et guéri.

Quant à la muqueuse buccale, elle donnait l'impression d'une surface insuffisamment décapée, incomplètement débarrassée de la couche cellulaire desquamée.

Rien d'anormal sur la muqueuse rétro-buccale.

Ainsi donc, l'examen attentif de toute la région bucco-dentaire ne permet de déceler aucune lésion susceptible de donner lieu à une pyorrhée de quelque nature que ce soit.

Et alors, d'où vient le pus ?

Il pouvait provenir de cavités voisines, et tout d'abord de la cavité nasale. Dans les rhinites chroniques, des sécrétions puriformes peuvent s'accumuler pendant la nuit et, par un mouvement d'aspiration, pénétrer dans la bouche.

La cavité du sinus maxillaire atteinte d'empyème peut aussi se vider durant la nuit, et le pus passer du sinus dans la bouche.

Enfin le produit de sécrétion des bronches et de la cavité stomacale peut également se vider et s'accumuler dans la bouche.

Il était donc indispensable, pour déterminer la provenance, comme aussi la nature du liquide, de le soumettre à l'examen microscopique.

J'ai proposé à la personne de m'envoyer le liquide afin de l'examiner moi-même.

A la réception du liquide il m'a paru, au premier aspect, être de nature purulente. Mais l'examen histologique m'a vite démontré qu'il n'en était point ainsi. Le liquide était dépourvu de *tout élément leucocitaire.* Par contre, il était bourré de cellules épithéliales pavimenteuses, d'origine incontestablement buccale.

J'étais heureux de pouvoir rassurer et le médecin et la malade et de les débarrasser d'un sujet de légitime inquiétude.

Reste l'interprétation de cette desquamation épithéliale profuse tout à fait insolite. Voici comment il me semble possible de l'expliquer.

Je vous parlais tout à l'heure de la présence sur les dents de l'abrasion dite chimique. En ces derniers temps, surtout

depuis les recherches du professeur Miller, ces lésions tendent, de plus en plus, à être considérées comme produites par l'action mécanique de brosses à dents trop dures et surtout de substances qui entrent dans la composition des dentifrices.

Justement, cette dame avait l'habitude de se brosser vigoureusement les dents, afin de leur assurer une propreté et une blancheur éclatantes. Frappé de ce fait, notre confrère de New-York lui conseilla plus de discrétion dans l'usage de la brosse, lui fit comprendre tout le danger de cette pratique et lui prescrivit comme substance dentifrice du perborate de soude.

Alors une réaction se produisit, comme on pouvait le prévoir. Au lieu d'abuser de la brosse, la personne avait réduit son usage au minimum : elle n'osait plus se brosser. Et en effet, on pouvait constater sur la surface de l'émail une couche très fine, adhérente, de matières étrangères, comme on en trouve chez des personnes qui se brossent mal les dents. Et comme les gencives étaient tout aussi mal brossées, on conçoit que les produits de la desquamation de cette dernière s'accumulaient et s'agrégeaient sur place.

Il y a plus. Notre patiente avait l'habitude de manger vite, de mâcher mal. Le frottement, le brossage dû à cette fonction de mastication faisait défaut, et les surfaces des dents et des muqueuses étaient de la sorte privées du plus puissant et plus naturel agent de nettoyage.

Enfin, la patiente devait très probablement souffrir de légers troubles dyspeptiques, puisque le liquide incriminé était plus abondant au lendemain de quelque excès de table. Une petite quantité de liquide pouvait facilement, par régurgitation, passer de l'estomac dans la bouche et s'ajouter au contenu buccal en plein état saburral. Ainsi, selon moi, devait se constituer le liquide d'apparence purulent qu'elle trouvait dans la bouche en se réveillant.

Inspiré par ces considérations, nous avons institué le traitement suivant :

1° Brossage minutieux des dents et des gencives ;

2° Mastication lente et effective ;

3° Abstention de tout excès alimentaire.

Ce traitement nous a permis de constater une notable amélioration de l'état : la quantité de liquide a beaucoup diminué, de l'aspect puriforme qu'il avait, il est devenu plus clair, plus limpide ; la saveur et l'odeur se sont modifiées avantageusement.

Vous voyez que, même dans la pratique courante, l'usage des microscopes peut nous rendre de grands services, nous permettre d'établir un diagnostic délicat et d'instituer un traitement approprié. Certes, tout cela, vous le savez déjà, mais il n'est pas inutile de le rappeler encore une fois, avec nouvelle preuve à conviction.

QUELQUES RÉSULTATS EN ORTHODONTIE

Par E. Gallavardin (de Lyon).

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 4 mars 1913.)

Puis-je parler de résultats en orthodontie après quelques années seulement de pratique dentaire? Je ne sais. Les circonstances ont voulu, au moment où j'étais assistant, que j'eusse beaucoup de temps à moi. Le redressement des irrégularités dentaires exige souvent des mois. Mon maître, M. Pont, m'ayant fait soupçonner toute la satisfaction que pourrait procurer le succès en orthodontie (et je lui en serai longtemps reconnaissant), je fus tout naturellement appelé à m'en occuper. J'y mis quelque amour-propre, un peu de patience et du temps, et je fus assez heureux pour conduire à bien les quelques essais que je présente aujourd'hui.

Permettez-moi de vous dire quelques mots sur la technique orthodontique. Ce sont des idées très générales, et très connues aussi, sur l'âge auquel nous devons tâcher d'entreprendre les redressements, sur l'extraction ou la conservation, et sur nos moyens de redressement.

L'AGE DANS LES CORRECTIONS.

Dans les corrections, l'âge est une chose extrêmement importante. Dans l'enfance, les os ont encore une certaine malléabilité, une certaine flexibilité, et leur faculté de résorption et de reproduction est considérable. L'action de l'orthodontiste en sera facilitée, les résultats seront plus rapides et auront un caractère plus aisément définitif pour l'avenir. En outre, s'il doit lutter contre les conséquences d'une hérédité douteuse, le moment est opportun pour en conjurer les effets qui, plus tard, rendraient son action difficile par suite de l'ancienneté du mal.

A partir de trois ans ou quatre ans, il peut être utile d'agir, dans le cas de perte d'une molaire ou d'une canine, par un petit appareil fixe conservant intact l'intervalle exis-

tant, et aussi dans le cas de prognathisme résultant soit d'une hypertrophie des amygdales, soit d'une tare héréditaire. A six ans, l'éruption des premières molaires permanentes et le bon engrènement de leurs cuspides sont à surveiller. Les incisives supérieures, au moment de leur éruption, peuvent avoir une direction en arrière des incisives inférieures ; c'est à ce moment qu'il faut les repousser légèrement en avant.

Des cas peuvent se présenter où l'extension de l'arcade est nécessaire sur les dents temporaires, mais c'est plutôt une exception. Lorsque les quatre incisives inférieures ont évolué, leur irrégularité peut rendre nécessaire un léger écartement des autres dents supérieures ou inférieures, mais dans des circonstances très limitées. Il en sera de même pour les dents supérieures. Mais nous ne devons pas oublier que les dents font leur éruption avec leur volume définitif dans un maxillaire qui, lui, n'a pas encore sa grandeur définitive et ne peut les recevoir. Il y a en outre des irrégularités qu'il n'est pas toujours utile de régulariser, telle la légère latéroversion des incisives latérales supérieures. La mauvaise position des incisives inférieures est très fréquente, et c'est peut-être même la généralité à l'époque de leur éruption ; on est étonné de la facilité avec laquelle elles prennent leur position normale sans aucune intervention. Les arcs maxillaires se développent, et les dents, plus au large, soumises à l'influence constante, et agissant toujours dans le même sens, de la langue, des lèvres et des joues, prennent leur position normale par une sorte de glissement et de tassement à la fois. Aussi, en général, devons-nous attendre la complète éruption des dents qui sont à redresser. Mais il y a des exceptions. Ainsi l'on peut et l'on doit préparer la place suffisante aux canines avant leur éruption, lorsqu'elle leur fait défaut.

Les diverses particularités de chaque cas influent certainement sur la méthode à suivre. Faire un redressement, c'est toujours *créer un espace* qui manque dans certains points des arcades, et nous ne pouvons agir sur le procès

alvéolaire que par l'intermédiaire des dents seulement. Aussi, agissons-nous dès que nous pouvons avoir prise sur elles, c'est-à-dire aussitôt qu'il est possible de le faire, car souvent l'influence que peut avoir un traitement entrepris à temps est trop importante pour en différer l'application.

Par exemple, dans les malocclusions provenant de respiration buccale par suite de végétations adénoïdes ou d'autres obstructions nasales, le redressement, après l'enlèvement des végétations, utilisant la propriété qu'a la voûte palatine de s'agrandir, rétablit la respiration normale, obtenant ainsi un résultat que la chirurgie seule ne peut donner. Et l'on sait l'importance considérable accordée par les rhinologistes à la respiration nasale et la série des lésions découlant de sa suppression ou de son amoindrissement. Son retentissement est général sur toute l'économie.

Malheureusement, les cas ne se présentent pas à leur début, et cependant l'âge de l'individu est un des points fondamentaux du succès complet d'un redressement. Si je n'hésite pas actuellement à faire la réduction d'un prognathisme inférieur à vingt ans, je suis très indécis pour entreprendre le traitement d'une atrésie à cet âge-là.

Extraction ou conservation.

Avec l'âge, une autre condition essentielle de succès est l'*intégrité de la dentition.* Elle seule permet la vraie occlusion normale. Mais qu'une dent, prémolaire, canine ou incisive, ait été extraite, n'ait pas fait son éruption, ou soit plus ou moins atrophiée, la manière d'agir doit être modifiée. Toutes les incisives peuvent être déviées du côté de la prémolaire extraite, et il peut être utile d'extraire la prémolaire de l'autre côté pour empêcher l'asymétrie de se produire. Quant à remplacer la prémolaire qui manque et maintenir ainsi l'espace, par un appareil d'une dent ou par une dent suspendue aux dents les plus proches lorsque ces dernières sont saines, et cela à douze ans, j'y suis encore opposé, car, à cet âge-là, on se sert un peu trop de ses dents comme d'un casse-noix. On risque trop ainsi d'abréger

la durée des dents qui supportent la dent artificielle par un remplacement trop fréquent.

Mais faut-il extraire dans les régularisations? Il s'est formé deux partis pour discuter la question, les « extractionistes » et les « non-extractionistes ». Et quand deux partis se forment, il ne s'agit plus de s'entendre, mais de bien mettre en avant tous les motifs de division. La question devient alors subjective, et l'accord n'est plus près de se faire. Evidemment, il ne semble pas qu'on puisse jamais prendre l'extraction en orthodontie comme base scientifique. La théorie d'Angle paraît définitive à cet égard. L'extraction est circonstancielle et constitue, comme telle, un procédé dont l'existence éphémère est intimement liée à l'éducation et aux pratiques hygiéniques du public, ainsi qu'au progrès de nos systèmes de redressement.

Comme il a été dit plus haut, faire un redressement, c'est d'abord créer de l'espace. Quel moyen commode que d'arracher une ou deux dents. Dans une atrésie, par exemple, la tâche est bien simplifiée, l'extraction permet d'aligner parfaitement les dents, mais les arcades restent resserrées, la voûte palatine ogivale, les fosses nasales ne pourront par suite se développer et la respiration nasale sera toujours défectueuse. Dans un faux prognathisme inférieur, au lieu de donner de l'ampleur au maxillaire supérieur, l'extraction diminuera l'arcade inférieure pour la ramener à l'étroite mesure de l'arcade supérieure. Mais, dans le cas de prognathisme total des deux maxillaires, et lorsqu'il n'y a pas atrésie, ou lorsqu'il y a seulement atrésie insignifiante, l'extraction seule donnera le résultat désiré. En général, l'extraction doit être l'exception, et elle le deviendra en fait par suite de la meilleure compréhension, par le public, des soins à donner aux dents des enfants.

Moyens de redressement.

Les progrès de notre technique dépendent de l'exacte compréhension des mouvements dentaires. Nous devons vaincre la résistance qu'opposent au déplacement des dents

à régulariser le ligament alvéolo-dentaire et le procès alvéolaire, au moyen d'une puissance continue ou intermittente. Celse, au premier siècle de notre ère et, bien plus tard, Ambroise Paré, conseillent les pressions répétées avec les doigts pour ramener la dent déviée dans sa position normale. Fauchard, en 1728, posa les premiers appareils de redressement avec fil et ressort. Lefoulon, en 1839, conseille l'extension des arcades et la modification de la voûte palatine. Ce sont les grandes étapes prodromiques, si j'ose dire, de notre technique. Car cette dernière ne put réellement se développer que du jour où les soins donnés surent préserver nos organes dentaires de la destruction.

L'ingéniosité de chacun s'est alors donné libre carrière. Citons pour mémoire le redressement brusque, avec un davier dont les mors sont garnis de plomb ou d'étoffe, d'une dent en rotation sur l'axe ; peu employée heureusement, cette opération lèse la pulpe, la membrane alvéolo-dentaire, et peut amener la chute de la dent.

Les partisans de la force intermittente emploient la vis sous toutes ses formes, ceux de la force continue, le caoutchouc, le fil, le ressort. Les appareils sont plus ou moins volumineux, vulcanite, maillechort, argent, or, emboîtant les dents ou les laissant découvertes, fixes ou mobiles. Gaillard, puis Angle et ses élèves, généralisent les appareils les plus élégants, système d'anneaux, de fils et de ressorts, probablement méthode d'avenir. Mais peu importe le genre d'appareil, leur valeur ne réside que dans la manière de s'en servir. Evitons surtout d'ajuster les bouches à un système. Les appareils à employer ne sont pas les mêmes pour toutes les personnes, ils doivent varier aussi suivant le caractère de l'enfant.

Pour appliquer une force, il faut avoir un point d'appui supérieur à la résistance. Il peut arriver que le point d'appui soit mobile lui-même, comme dans l'extension des arcades, où chaque côté de l'arcade est à la fois point d'appui et résistance. J'aimerais assez que l'orthodontiste acquît le sentiment des forces, qu'il ne fût pas obligé de calculer

le point où il doit appliquer une force quelconque sur une figure aussi peu régulièrement géométrique qu'une dent, que pour lui, en un mot, l'emploi des forces provînt d'une sensation et non d'un calcul. Un ingénieur, sur une barque, saura peut-être calculer parfaitement les mouvements à faire pour la faire avancer et régler sa direction, mais il n'en sera vraiment maître que du jour où il accomplira instinctivement ces mouvements. Ce n'est pas à dire qu'il faille se laisser assujettir par la pratique, mais nous devons la connaître assez pour toujours la dominer.

Dans la pose des appareils, il semble préférable d'aller progressivement et peut-être même de sérier les diverses opérations. L'arcade supérieure emboîtant l'arcade inférieure, c'est par elle qu'il faut commencer le traitement. Dans un cas de malocclusion avec atrésie, nous commencerons par donner de l'ampleur au maxillaire, les dents antérieures implantées vicieusement faute de place exigeront alors moins d'efforts pour reprendre leur position normale. Encore faut-il savoir lorsqu'il y a atrésie.

Par son indice dentaire, M. A. Pont a appliqué une formule ingénieuse qui nous permet de savoir exactement le degré de resserrement de l'arcade et la limite de l'extension que nous devons obtenir. Dans toute occlusion normale, en effet, l'écartement transversal des molaires et prémolaires d'une même arcade est proportionnel à la largeur des incisives, sans lequel celles-ci ne peuvent occuper une position régulière. Cet indice dentaire n'a pas un caractère absolu. En effet, l'ellipse que forment les arcades dentaires peut varier suivant les races et le type de chaque individu.

Je n'entrerai pas dans le détail des modifications des tissus sous l'influence du déplacement des dents. Disons seulement qu'il se produit : 1° une mobilité primitive, accompagnée d'allongement de la dent, due à la congestion et à l'inflammation du ligament alvéolo-dentaire provoquée par la pression exercée sur la dent ; 2° une mobilité secondaire s'établissant plus lentement, plus lente aussi à disparaître, due à la perturbation apportée à l'alvéole. La migration

d'une dent entraîne d'abord la courbure du procès alvéolaire si l'individu est jeune, puis une résorption osseuse et une néoformation osseuse de l'alvéole, la membrane alvéolo-dentaire manquant absolument d'élasticité et adhérant très fortement à l'alvéole et à la dent. Cette pression et cette tension de cette membrane peuvent provoquer une sensation plus ou moins douloureuse disparaissant plus ou moins rapidement.

Il est donc d'une assez grande importance de ne commencer le traitement d'une malocclusion que chez des sujets en bonne santé. Il ne devra être tenté qu'à une époque assez éloignée de toute affection de la période infantile : fièvre éruptive, poussée de tuberculose, de rachitisme, mauvaise hygiène. La nutrition se fait mal dans ces conditions, ainsi que, du reste, chez les sujets débilités par la croissance et le surmenage intellectuel. Dans ces conditions, la faculté de réparation des tissus est diminuée.

L'état de santé du patient n'est pas suffisant, il faut agir sur lui au point de vue moral. En effet, on ne peut faire un redressement que si l'enfant l'accepte. C'est peut-être une acceptation forcée, mais c'est toujours une acceptation. Quelques séances doivent suffire à obtenir sa confiance absolue. Ne le trompons jamais ; les enfants peuvent mentir, semble-t-il, et ils ne s'en font pas faute, mais ils ont le sentiment intense de la vérité qu'on leur doit. Tâchons de nous en faire un ami. Intéressons-le au but poursuivi, montrons-lui pourquoi nous plaçons ici tel anneau, telle vis, tel fil, le sens dans lequel telle dent doit être ou poussée ou tirée pour l'amener à la place et à la position qu'elle doit occuper. Nous en ferons ainsi un auxiliaire précieux. On ne peut, en effet obtenir d'un enfant toute la patience et les soins hygiéniques indispensables dans tout redressement, s'il ne prend pas à cœur de faire tout ce qu'on attend de lui. En effet les soins les plus méticuleux sont exigés de lui : brossage de ses dents après chaque repas, et, au moins deux fois par jour, le matin et le soir, brossage au savon, ce qui maintiendra en parfait état ses dents, ses gencives et ses appareils. Sans

l'usage de ces soins minutieux et constants, les fils, les bords des anneaux et des coiffes servent à la rétention des débris alimentaires, la décalcification de l'émail et l'établissement de la carie en sont l'aboutissant inéluctable, risquant d'amener ce que l'on a appelé le naufrage dentaire.

La pratique, aujourd'hui disparue, je pense, de diminuer toutes les dents de largeur en les limant pour leur donner de la place, amènerait le même résultat désastreux.

Il ne suffit pas de rétablir l'occlusion normale d'une dentition irrégulière. Toute dent occupant une nouvelle position possède une tendance à reprendre sa position primitive. Cette régression naturelle est en raison directe de l'espace parcouru et de la rapidité du changement obtenu. L'hérédité agit également comme une force régressive. Aussi est-il indispensable de maintenir le résultat par de nouveaux appareils à porter plus ou moins longtemps suivant l'âge du sujet et suivant aussi le genre des déviations rectifiées. L'auxiliaire de la rétention est la position correcte des dents : d'abord absolue régularité des incisives et leur contact très correct par leurs bords proximaux, car si elles ne sont pas pour ainsi dire pressées exactement sur leurs arêtes, elles risquent sous la pression des dents voisines de glisser hors de l'arcade en tournant sur elles-mêmes comme un noyau de cerise entre les doigts ; puis l'engrènement parfait ou la tendance à cet engrènement de toutes les cuspides des molaires, des incisives supérieures sur les incisives inférieures. Enfin, l'occlusion normale sera rendue définitive par la suppression des causes de la malocclusion : habitudes vicieuses des doigts, de la langue, des lèvres, respiration buccale, gingivites, etc.

Les observations que j'apporte sont le résultat de traitements entrepris de 1905 à fin 1908. Elles n'ont certainement pas été prises avec toute la rigueur scientifique qu'il aurait fallu y apporter. Beaucoup sont entachées d'empirisme, je suis forcé de le reconnaître. Mais, à cette époque, j'ignorais beaucoup de ce que j'ai exposé précédemment. Mes idées étaient loin d'être nettes sur la véritable occlusion, sur la

malocclusion et les moyens d'y remédier. Aussi seront-elles plutôt l'histoire de mes tâtonnements. Pris comme tel, il sera peut-être instructif pour ceux qui voudront bien me suivre.

Les photographies indiquent mieux que toute description les résultats du traitement. Du côté gauche se trouve la reproduction des moulages avant le traitement, les arcades dentaires jointes, et disjointes pour découvrir les incisives inférieures, puis de profil, enfin isolées, l'arcade supérieure et l'arcade inférieure. A droite les moulages après la régularisation.

Les moulages en plâtre, de teinte uniforme, dépourvus de transparence font ressortir considérablement les irrégularités d'une dentition. La photographie de ces moulages leur fait subir encore une véritable dissection, et ce qui paraît près de la perfection sur le vivant, s'en éloigne beaucoup sur les clichés. J'ai alors essayé de faire retoucher ces derniers ; le résultat fut agréable à la vue, mais désastreux au point de vue de l'exactitude. On reprit de nouveaux clichés, et je vous montre ce soir les épreuves telles quelles, sans retouches, montrant les moulages sous toutes leurs faces. Je pense ainsi être plus près de la vérité.

Puis dans une série de photographies où le souci de l'art voisine avec l'exactitude M. Gallavardin montre les résultats qu'il a obtenus. Nous regrettons vivement de ne pouvoir les reproduire. Il les donne pour ce qu'ils sont, ne craignant pas d'en montrer les défauts, y insistant même parfois, témoin l'observation suivante parmi les nombreuses qu'il nous présente.

Observation VII.

Après le traitement.

Le résultat immédiat fut des plus heureux dans le cas des figures 60, 64. Les incisives occupent leur place normale.

Mais, comme toujours à cet âge-là, une question se pose : combien de temps devra être porté l'appareil de contention ? Car les causes de régression sont nombreuses.

Au point de vue héréditaire d'abord, sur huit frères ou sœurs,

deux ont une denture à peu près normale ; parmi les six autres : un possède la même irrégularité du côté gauche, un autre les deux latérales projetées en avant comme des défenses, chez un troisième les latérales sont absentes, chez un autre la centrale et la latérale gauche s'imbriquent l'une sur l'autre, chez un dernier les deux centrales sont en latéroversion.

Parmi les autres causes, signalons la pression des incisives et des canines les unes contre les autres, qui peut refouler l'une d'elles hors de l'arcade, si ses points de contact avec ses voisines, par ses faces proximales, ne sont pas très corrects ; puis l'état de l'alvéole au point de vue osseux, résorption et néoformation.

Le traitement était terminé le 6 mai 1907. L'appareil de contention fut porté nuit et jour pendant 2 ans, puis dans la suite la nuit seulement.

En 1912, c'est-à-dire 5 ans après le traitement, l'appareil de contention fut quitté plusieurs semaines. Il y eut tendance des incisives à reprendre leur ancienne malposition, l'incisive centrale droite surtout. Y avait-il à ce moment défaut de formation osseuse autour de la racine ou expression de la dent comme un noyau de cerise par les autres incisives et les canines qui ne reposaient plus sur leurs antagonistes inférieures (l'arcade inférieure n'ayant pas été modifiée) ? Sur la demande du patient, qui est docteur en médecine (et sans son insistance je n'eusse certainement pas fait cette petite expérience), l'incisive centrale droite fut limée sur ses faces proximales d'une épaisseur d'un demi-millimètre environ (et polie rigoureusement) de manière à éviter tout contact avec les dents voisines. En outre, l'une des incisives inférieures qui effleurait ou butait peut-être un peu contre elle fut limée. Toute cause de pression était donc éliminée. Quelques semaines après la dent en question s'était encore inclinée un peu plus en avant. Il semble donc hors de doute que l'état de l'alvéole seul doit être incriminé ; résorption osseuse sans néoformation compensative, selon toute probabilité, et surtout trop grande rapidité du traitement (janvier-6 mai 1907).

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

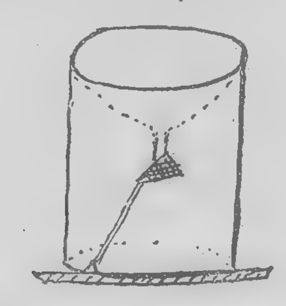
NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LA COULÉE EN INLAYS D'OR PAR LA MÉTHODE ÉCHAPPATOIRE

Par Ch. Quincerot.

Ce procédé relève de celui de la presse Solbrig, sauf le couvercle, ce qui nous dispense de décrire le *modus operandi* de la mise en revêtement. Le matériel se compose du cylindre et d'un petit plateau d'amiante pour le poser. Point n'est besoin du couvercle, cependant il peut être employé quand même avec avantage selon l'importance et les circonvolutions de l'inlay.

Dans la pratique ordinaire du couvercle de la presse, pour la précipitation de la matière en fusion, il y a toujours lieu de compter avec la compressibilité de l'air, alors que par le procédé de la force centrifuge à l'aide de la *fronde* ou de la *roue* cet inconvénient n'existe pas — or, la résistance de l'air ou la compression des gaz amène quelquefois l'imperfection de l'inlay.

Par mon procédé j'obtiens la simplification et l'exactitude.



Prendre un petit cylindre et à sa base inférieure faire une petite encoche en V, à l'aide de la lime-encoche laissant passer une aiguille *fine* à coudre.

Mise en revêtement : mettre la pointe de coulée à l'extrémité supérieure de l'inlay et l'aiguille à l'extrémité inférieure, mais obliquement, afin qu'elle aille s'engager dans l'encoche qui lui a été ménagée dans le cylindre, puis, au moment de la fonte de la cire, enlever pointe et aiguille. — Quand tout est prêt comme à l'ordinaire, et que l'on projette la flamme du chalumeau sur le cylindre, chauffer le plus possible la base, puis, revenir sur le tout à pleine flamme, ensuite, au moment voulu, envoyer la flamme plus particulièrement sur le métal et celui-ci se précipitera de lui-même par le canal de coulée du fait de la lumière d'échappement pratiquée à la base du cylindre.

REVUE DES REVUES

LE PROBLÈME DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Par M. Haskell, de Chicago.

Voilà douze ans que je porte un dentier du bas (mon maxillaire inférieur est plat et étroit), sans rien pour le maintenir et comme la résorption a été complète, les muscles sont fixés au bord du maxillaire, de sorte que la pièce ne peut pas s'étendre sur le côté lingual, sans être soulevé par la langue. Pour le démontrer je place le bout de mon petit doigt un peu au-dessus du bord en le tenant ferme et, en soulevant la langue, il est déplacé. Il n'y a pas seulement cet obstacle, mais une foule de glandes sont soulevées de 6 mm. au-dessus du maxillaire. Il y a autre chose : du côté gauche se trouve une bride, de 3 mm. de long, atteignant l'extrémité du bord. Cela empêche la pièce de s'étendre au delà du bord et dans quelques cas exige un amincissement ou un évidement du caoutchouc.

Une autre difficulté se rencontre souvent : une bride sur une partie de la surface. La muqueuse du maxillaire inférieur s'irrite plus facilement que celle du maxillaire supérieur ; le dentiste peut toujours voir l'endroit irrité, mais il n'est pas aisé de le fixer sur la pièce, à moins qu'il ne mette un peu de blanc humide sur cet endroit, qu'il n'enlève la pièce et alors il voit le point à corriger.

L'expérience m'a montré, par mon propre dentier qu'il faut mettre des rebords sur le côté des bicuspides et des molaires, parce que les joues reposent dessus et contribuent à tenir la pièce en place ; mais il importe de les placer exactement au milieu, entre le bord et le collet des dents, en les creusant un peu.

L'occlusion des dents a une grande importance. Les dents antérieures ne doivent jamais venir en contact mais la pression doit porter sur les bicuspides et la première molaire et jamais sur la seconde. Le meulage est alors impossible, il n'y a que la pression directe. Les dents doivent porter une rainure.

Quand cette résorption excessive s'est produite par suite du port de dentiers inférieurs partiels et du port ultérieur d'un dentier complet, la partie antérieure du maxillaire se fixera graduellement. Cela diminue la hauteur à la partie antérieure sur le devant, mais laisse les molaires trop longues ; une pression exagérée irrite et il faut alors meuler les molaires et non limer la pièce.

Il se loge rarement des miettes et des grains sous un dentier de ce

genre et, quand cela arrive, au lieu d'enlever la pièce, prendre une gorgée d'eau, fermer les lèvres et faire pénétrer l'eau sous la pièce en la soulevant avec la langue.

La pièce de caoutchouc est très bonne pour le maxillaire inférieur.

La pièce lourde, coulée ou non, ne convient pas car elle glisse quand on mange ou qu'on parle.

Si le devant du maxillaire est incliné, de sorte que la pression sur les dents antérieures, quand la pièce ne peut pas s'étendre lingualement, fasse glisser la pièce, il n'y a pas de remède.

(*Dental Digest*, décembre 1912.)

REVUE ANALYTIQUE

Le mal perforant buccal.

Il s'agit là d'une affection toute particulière, observée presque toujours chez les tabétiques et relevant de troubles trophiques du maxillaire supérieur. La lésion consiste essentiellement dans une raréfaction du tissu de cet os, dans l'usure de l'arcade alvéolaire et dans une perforation qui fait communiquer la cavité buccale avec le sinus maxillaire supérieur.

Ordinairement, les symptômes se déroulent dans l'ordre suivant chez les tabétiques :

1° Chute des dents du maxillaire supérieur ; 2° usure du rebord alvéolaire ; 3° ulcération, puis perforation conduisant dans le sinus maxillaire supérieur ; cette perforation occupe la partie latérale de la voûte palatine et diffère donc de la perforation syphilitique qui siège, comme on le sait, sur la ligne médiane.

En quelques mois, les dents de la mâchoire supérieure tombent toutes ou presque toutes ; elles ne sont ni cariées, ni douloureuses, mais le malade sent qu'elles s'ébranlent dans la gencive ; au bout de peu de temps, un mouvement de mastication achève de les déchausser et de les extraire.

Les dents de la mâchoire inférieure tombent quelquefois en même temps, mais le plus souvent elles sont intactes, au moins pour la plupart.

Les dents ne sont tombées que parce que le rebord alvéolaire s'atrophiait ; cette atrophie devient rapidement manifeste et la voûte palatine, au lieu de présenter sa concavité normale, devient plane ou même légèrement convexe. Parfois, l'atrophie du rebord alvéolaire est plus accentuée d'un côté que de l'autre.

Au niveau de la place qu'occupait la dernière prémolaire ou la première molaire, il se constitue une ulcération ; celle-ci atteint rapidement les dimensions d'une pièce de 20 à 50 centimes, mais ne les dépassera guère. Les bords sont un peu irréguliers, le fond jaunâtre et suintant. La lésion est indolore ou a peu près. L'exploration au stylet montre que le fond de l'ulcération est constitué ou bien par de l'os, ou bien par des tissus relativement fragiles qui ne tarderont pas à se perforer. En effet, la perforation survient au bout de quelques semaines ou de quelques mois ; elle atteint à peu près les dimensions de l'ulcération primitive et forme donc un large trou béant qui conduit dans le sinus maxillaire.

Au point de vue *pathogénique*, il est logique de rapprocher le mal perforant buccal des autres troubles trophiques du tabes et, en particulier, du mal perforant plantaire, des altérations osseuses et des arthropathies. Mais, d'une façon générale, la cause même de ces troubles trophiques échappe. Dans un récent travail sur les arthropathies tabétiques, Barré conclut qu'il s'agit beaucoup plus de lésions *syphi-*

litiques que *tabétiques*, et, en particulier, l'artérite jouerait un rôle important dans la genèse des altérations osseuses.

Pour le mal perforant buccal, plus encore que pour les autres lésions, il est actuellement difficile de se prononcer définitivement.

Quant au *traitement*, il sera à peu près exclusivement d'ordre prothétique ; un bon obturateur, des soins d'hygiène buccale et nasale, telles sont les seules prescriptions que l'on puisse formuler.

Il ne faut pas confondre le mal perforant buccal avec la perforation syphilitique de la voûte palatine ou du voile. Cette dernière occupe, en général, la ligne médiane et, de plus, le traitement spécifique arrête nettement son évolution.

(H. Paillard et L. Béal, *La Clinique*, 4 octobre 1912.)

L'iode en thérapeutique dentaire.

L'iode a de grandes et sérieuses qualités, mais il a avant tout un défaut : il est volatil, et les précautions les plus minutieuses ne mettent pas obstacle à la dispersion de ses vapeurs, qui vont attaquer les métaux, colorer les peintures, ternir les porcelaines.

Quant au contact direct de l'iode et des nombreuses préparations avec nos instruments, le résultat est déplorable : acier, nickel, argent, maillechort, sont attaqués et profondément gravés par l'iode.

Néanmoins, l'on ne peut, malgré tous ces défauts, ne pas reconnaître ses qualités.

Les applications de l'iode en thérapeutique dentaire ont surtout été basées sur ses propriétés révulsives classiques ; mais celles-ci sont encore à prouver.

Heureusement, l'iode a d'autres et très sérieuses utilisations. C'est surtout dans le traitement de la carie qu'il peut être employé.

Tout d'abord l'iode produit peu de douleur quand on l'applique sur l'ivoire vivant ou sur la pulpe ; il en est de même, introduit dans un canal de 4e degré.

En procédant du simple au compliqué, l'auteur conseille les applications d'iode, sous forme de teinture alcoolique, dans tous les cas de fractures de dents par traumatisme, tous les jours et pendant des mois, en badigeons de la surface de l'ivoire découvert d'une incisive, qu'en tombant sur la face, un enfant a fracturée. La longue durée du traitement n'a pas d'inconvénient, bien au contraire : excitation des fonctions dentinigènes de la pulpe par excitations fibrillaires, asepsie réelle de cette surface de fracture, et ainsi les meilleures conditions réalisées pour attendre le jour de la restauration prothétique, indispensable ultérieurement, quelques années plus tard : inlay, aurification, dent à pivot.

La pulpe en suractivité, à l'abri de l'infection, accomplit et complète son œuvre dentinigène et, le moment venu, le tissu ivoire peut supporter la construction restauratrice indiquée, la masse d'ivoire est assez forte, la racine est fermée au foramen ; il n'y a pas d'accident périradiculaire, alors que sans l'application si simple d'iode, tout était à craindre, mortification infectieuse de la pulpe et périodontie chronique consécutive.

Il est une catégorie de clients qui mérite une attention spéciale : ce sont les enfants.

Les uns rétifs ne veulent pas se laisser toucher par le dentiste ; les autres n'ont pas les moyens de venir souvent. Ils souffrent de lésions dentaires qui troublent leur existence en même temps que celle de leur famille. Ce sont ces sujets chez lesquels l'iode peut trouver sa facile application.

Dans toutes les cavités de carie de dents temporaires on peut très aisément introduire un peu d'ouate iodée, soit fabriquée spécialement, soit trempée au moment du pansement dans un liquide iodique, par exemple :

1° Teinture d'iode ordinaire
ou 2° Essence de girofle iodée à 10 %
ou 3° Collodion riciné iodé à 10 %

Mais la préparation la plus simple est la première : la teinture d'iode ; soit par le praticien, soit par les parents, l'application est facile. Dans les pulpites les douleurs cessent.

La dent infectée est stérilisée après quelques pansements ; on peut voir une fistule gingivale disparaître à la suite du traitement par l'iode changée tous les jours une fois au moins. Rien n'oblige à ne point obturer sur le pansement avec du collodion-tanin.

Mais tout d'abord il est nécessaire de l'utiliser sous une forme particulière. La teinture d'iode par l'alcool qui en est le véhicule et le principal élément en volume, est trop volatile d'abord, et ne contient pas assez d'iode. Elle est aussi de manipulation délicate ; par exemple si l'on veut laisser une mèche d'ouate à la teinture d'iode dans un canal, les petites manœuvres sont d'un temps suffisant dans certaines circonstances pour permettre une volatilisation importante, si bien qu'il y a peu de produit introduit dans le canal.

La propriété qu'a l'iode de se dissoudre en toute quantité en présence de KI, permet d'avoir des solutions aqueuses très utiles. Par exemple :

Iode métallique	0.50 cent.
KI	0.25 cent.
Eau distillée	5 gr.

L'on peut utiliser cette formule pour le traitement des divers degrés de carie, ou pour application sur des gencives infectées (gingivites tartriques, pyorrhée).

Une préparation qui a donné d'excellents résultats est la suivante :

Iode métallique	1 gramme.
KI	0.50 ctgr.
Glycérine	qq. gouttes.

Pour couvrir I et KI.

Laisser dissoudre en remuant de temps en temps.

Le liquide formé est épais, très stable, n'émettant que très peu de

vapeurs il peut être conservé facilement dans un flacon recouvert d'un verre formant cloche.

Cet iode à la glycérine sur une ouate est très indiqué dans les 4e degrés où la difficulté d'accès de la cavité de carie ne permet pas une stérilisation camérale, ou caniculaire *a fortiori*. Une obturation à la gutta-percha suffit pour inclure le liquide, qui pénètre non pas seulement dans la dent, mais aussi la dent. C'est en effet, après quelques applications à 8 jours d'intervalle, une vraie imprégnation iodique de l'ivoire qu'on peut constater.

Il n'y a jamais réaction douloureuse. Ce qui est intéressant c'est que cette imprégnation persiste très longtemps, pendant plusieurs années.

La glycérine est facilement enlevée avec un peu d'alcool et d'air chaud là où on veut placer une obturation définitive, ciment ou métal. L'or inattaqué par l'iode ne permettra aucune combinaison. Avec de l'amalgame, l'argent, l'étain, ou le cuivre, etc., sont susceptibles d'être attaqués par l'iode, ils formeront un composé qui ne sera pas nuisible à la bonne conservation de l'asepsie, la vie du microbe étant impossible dans un milieu d'iodure de cuivre ou d'argent ou d'étain.

Il est possible de former des pâtes à l'iode à la glycérine en ajoutant du tanin.

Ce mélange durcit, sous forme de croûte brunâtre, violacée, relativement peu colorante.

En tous cas, la coloration peut disparaître par lavages à l'alcool et l'air assez chaud, répétés jusqu'à satisfaction.

(Siffre, *Progrès médical.*)

La prophylaxie buccale.

Dans les trois quarts des cas la bouche est la porte d'entrée des maladies, la prophylaxie buccale est donc de toute première importance. Cette prophylaxie ne doit pas être limitée à une opération et avoir pour but la prévention d'une affection particulière ; il faut qu'elle envisage et protège contre toute affection pouvant se déclarer dans la bouche ou dans une partie quelconque du corps en relation avec elle.

L'auteur cite des opinions autorisées montrant que la profession médicale notamment reconnaît aujourd'hui plus largement le rapport entre l'état de la bouche et l'économie générale du corps.

La prophylaxie buccale devrait, d'après l'auteur, commencer avec l'état de grossesse de la mère, celle-ci prenant bien soin de sa propre bouche aussi bien que de sa santé générale et veillant à ce que son alimentation comporte les choses essentielles qui contribuent à faire un enfant fort, sain, avec des os et des dents solides.

Les mesures prophylactiques suivantes sont ensuite préconisées : Propreté buccale pendant la première période de la vie de l'enfant. Elle s'effectue au mieux avec un morceau de toile et de l'eau boriquée.

Suppression des tétines ; l'enfant ne devant pas non plus sucer son pouce.

Nettoyage journalier des dents temporaires aussitôt que possible

après leur éruption au moyen de la brosse convenablement employée, de la soie et du bâton à polir.

Traitement des dents de lait cariées.

Habitude d'une bonne mastication ; régime bien équilibré, les aliments grossiers et durs n'étant pas négligés.

L'auteur reconnaît qu'il entre dans la question de la carie dentaire, d'autres conditions que la propreté ; sans vouloir approuver la formule : « Les dents propres ne se gâtent jamais », il estime que plus les dents sont propres, moins elles sont sujettes à se carier.

Le rôle du dentiste dans la prophylaxie buccale consiste à enseigner aux sujets le nettoyage rationnel des dents, à le compléter, à effectuer les interventions orthodontiques nécessaires, nettoyer soigneusement les fissures des dents permanentes aussitôt qu'elles apparaissent, les sécher à l'alcool et les remplir de ciment, s'assurer que les tissus buccaux mous sont normaux et sains, en particulier ceux entourant immédiatement les dents, contribuant ainsi à prévenir la pyorrhée alvéolaire ; à polir les collets des dents dès qu'ils apparaissent et à recommencer cette opération assez souvent pour qu'ils soient indemnes de tout dépôt calcaire. Le dentiste devra aussi prendre en considération la prophylaxie de ses opérations conservatrices, éviter avec soin de blesser les gencives de quelque manière que ce soit, bien rétablir les points de contact et l'occlusion dans tous ses travaux, imiter en un mot autant qu'il le peut les conditions naturelles.

Le résultat de ces soins de la part du dentiste et du patient est une bouche propre et saine, permettant d'espérer une bonne dentition jusqu'à la fin de l'existence, l'absence de maux de dents est une immunité beaucoup plus grande pour toutes les affections ayant quelque rapport avec la cavité buccale.

(G. R. Werner, *Dental Brief*, *Laboratoire.*)

La cuticule de l'émail.

(Recherches histologiques et embryologiques.)

M. Arthur Beretta, professeur d'odontologie et de prothèse à l'Université de Bologne, étudie longuement cette question dans *La Stomatologia*. Il expose d'abord l'affirmation unanime des histologistes quant à la connaissance imparfaite de la membrane découverte par Nasmith, et de cette assertion dérive la raison des recherches qu'il a faites dans le champ de l'histologie, de la chimie et de l'embryologie.

Dans cette première partie, se basant sur des notions aujourd'hui connues, il discute quelques dénominations erronées, inexactes ou privées de signification, pour conclure qu'on doit préférer le nom de « cuticule » de l'émail.

Il donne les raisons suivantes. Une telle dénomination évite la confusion des diverses membranes qui se rapportent à la littérature dentaire, affirme la principale propriété « cuticulaire » de la membrane et indique son origine de l'organe de l'émail.

De l'histoire de la *cuticule* de l'émail résultent 3 faits évidents :

1) L'incertitude autour de sa structure histologique.

2) Le contraste absolu des opinions touchant son origine. (L'auteur rapporte 12 théories différentes.)

3) L'affirmation unanime de la résistance énergique de la *cuticule* aux agents chimiques.

M. Beretta, avant d'entreprendre le compte rendu des recherches histologiques et embryologiques, cite la bibliographie relative à la résistance de la *cuticule* aux agents chimiques.

Il rappelle pour cela les résultats des recherches faites à ce propos desquelles il résulte que :

La *cuticule* ne se dissout ni dans l'eau, ni dans l'alcool, ni dans l'éther ; elle ne se dissout pas non plus dans les acides, ni dans les alcalis ; elle résiste à la digestion dans la tripsine et la pepsine.

La chimie enseigne que pour ces propriétés nous devrions considérer la substance constituant la *cuticule* comme appartenant aux *kératines*. L'auteur fit en outre l'analyse qualitative et rencontra les éléments constituant les *kératines* en genre, de plus une réaction énergique du phosphore. Il ne réussit pas ou presque pas la réaction du soufre bien qu'il l'ait tenté avec beaucoup de précautions.

Comme il n'est pas admissible de penser au phosphore comme élément substantiel de la *cuticule*, l'auteur croit qu'il dérive de l'impureté provenant de la substance qui unit la *cuticule* à l'émail, ou de l'émail même. L'absence du soufre ou sa présence en petite partie constituerait la différence entre la substance en examen, et les *kératines* dans lesquelles le soufre est contenu toujours en quantité plus ou moins grande.

L'auteur conclut que la substance constituant la *cuticule* appartient au groupe des substances analogues aux *kératines* qui indiquent le passage entre celles-ci et les albumines. — Enfin il invite à ne pas confondre la résistance de la substance constituant la *cuticule* aux agents chimiques, avec la résistance à ces agents de la *cuticule* comme formation dentale.

En fait la *cuticule* peut être facilement détachée de la dent par l'action des acides minéraux et organiques, et aussi en petite concentration, sans en être toutefois détruite.

L'auteur rapporte les principales notions, controversées encore aujourd'hui, touchant l'histologie et l'histogenèse de l'émail et de l'organe de l'émail.

Il passe ensuite à l'examen de cette formation spéciale, désignée par les auteurs comme membrane préformative qu'il étudie en rapport avec la cuticule de l'émail. De l'examen des germes dans diverses périodes du développement, il dit qu'il est possible de joindre les observations de divers auteurs.

De la superficie de la papille, au commencement du développement de la dentine, et de l'émail dans une période analogue, il est possible d'enlever deux pellicules qui ne sont autre chose qu'une couche membraneuse néoformée de la dentine dans le premier cas, et de l'émail dans le second. Si l'on cherche cette membrane dans le germe dans une période de commencement, on la trouve entre la papille et l'organe de l'émail (Première formation de la dentine, Membrane préfor-

mative de Raschkow, selon V. Ebner, Huber, etc.). Dans une phase plus avancée on rencontre la formation membraneuse à l'extérieur, au-dessus de la couche de dentine déjà formée et elle n'est autre chose qu'un dépôt de l'émail (Membrane préformative de Huxley, selon Tomes). De cette manière on peut expliquer comment quelques auteurs admettent deux membranes distinctes préformatives (celle de Huxley, la plus externe, donnée par l'émail et celle de Raschkow, la plus interne, donnée par la dentine).

L'auteur cite les publications relatives à la cuticule de 1839 jusqu'à nos jours. Il met en évidence l'incertitude de toutes les théories présentées jusqu'à présent, fait, dû au manque des recherches comparatives dans les divers animaux, dans les diverses dents, et dans les différents âges.

En conclusion il déclare que la question : Qu'est-ce que la cuticule de l'émail ? une sécrétion cuticulaire ? un tissu cellulaire modifié ? quels éléments y donnent origine n'a pas encore de réponse convaincante.

Dentiste de prison.

Nous relevons dans la *Correspondencia de España,* de Madrid, du 19 février 1913, un article de M. Antonio Pulido, dentiste de prison, qui fait part des observations suivantes :

« En examinant la cavité buccale des prisonniers on rencontre des anomalies dans la configuration des maxillaires de la voûte palatine, dans la forme de la cavité elle-même, retard dans l'éruption des dents avec toutes ses irrégularités.

» On rencontre aussi des anomalies de structure, la dent de Parrot, la dent d'Hutchinson, etc.

» Il en résulte que, si dans la société le dentiste est utile, dans la prison il est nécessaire à cause du genre de vie, du genre de la population dégénérée qui la peuple, parce que la vulnérabilité que donnent à ses dents entre autres choses la nourriture défectueuse, la faible quantité de phosphates et de carbonates, en fait dans la plupart des cas une proie facile à la carie dentaire. »

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Cimentation des inlays. — Beaucoup d'inlays ne sont pas réussis parce que le ciment employé ne convient pas. Le ciment doit avoir des grains très fins, car on trouve sur le marché des ciments dont les grains mesurent 5/100 de mm. Si le ciment a la consistance voulue, si l'on enduit de celui-ci la cavité et l'inlay, si l'inlay est pressé dedans et maintenu solidement, et si les bords sont bien brunis avec un brunissoir uni pendant le durcissemnnt, on peut s'attendre à un inlay idéal. (*J. of the Allied Societies.*)

Les inlays comme supports de bridges. — Les inlays d'or sont constamment employés pour fixer les bridges supportés par des dents vitales. Très souvent ces inlays ne sont pas satisfaisants, parce qu'ils sont en or pur coulé qui n'a pas beaucoup plus de rigidité que le plomb ; par suite l'inlay se courbe bientôt assez pour faire céder le ciment et pour branler. Ces inlays doivent toujours contenir 5 o/o de platine ou d'étain pour être plus durs et plus rigides.

En mettant des crampons dans les inlays, ceux-ci ne branlent jamais. On procède ainsi : on pratique dans la paroi de base de la cavité deux ouvertures avec une fraise n° 3, parallèlement au grand axe de la dent, à une certaine distance l'une de l'autre et s'étendant à une profondeur de 1 mm. 50 au moins dans la dentine. Faire des crampons en fil de platine iridié au 20 de la jauge, en aplatissant les extrémités de façon que celles-ci adhèrent fortement à la cire quand celle-ci est en place. Ces crampons donnent beaucoup plus de rigidité à l'ancrage et empêchent le mouvement latéral de l'inlay dans sa cavité. (*J. of the allied Societies.*)

Polissage de l'inlay en le tenant. — Prendre un morceau de bambou avec une fente de la grosseur d'une plume ou d'un crayon, remplir avec du composé à modeler et arrondir au-dessus de l'extrémité. En chauffant le composé et en investissant l'inlay, on peut meuler et polir à son aise. (*Dent. Digest*, déc. 1912.)

Polissage des dents de porcelaine meulées. — Dans la pièce à main mettre une pierre de carborundum ou d'émeri aussi fine que possible et meuler la dent de porcelaine jusqu'à ce qu'elle soit aussi unie que faire se peut ; puis employer les disques en papier de verre, en passant du gros au fin jusqu'aux disques en os de seiche, employer finalement de la ponce. (*Dent. Brief*, déc. 1912.)

Plante brosse à dents. — C'est un des végétaux les plus extraordinaires du globe ; plante grimpante, originaire de la Jamaïque. Les indigènes coupent un morceau de la tige et, en usant par frottement les extrémités, se confectionnent une brosse à dents. Comme poudre dentifrice ils se servent du bois de cette tige pulvérisé.

Couronnes en or coulé. — Après avoir préparé la racine convenablement, prendre de l'or à 22 carats, 32 de la jauge, et faire un ruban pour l'ajuster à la racine. Puis souder un morceau d'or plat au travers du sommet, mettre sur la cire, reposer dans la bouche, dire au patient de mordre, puis faire fondre l'excès sur les côtés de la couronne pour avoir le contour et l'occlusion, puis sculpter l'or coulé. (*Dent. Summary*).

Couronnes de molaires en porcelaine. — Préparer la racine comme pour la couronne Davis ou Logan, agrandir au moins deux canaux radiculaires, meuler une dent S. S. White, enlever les crampons pour ajuster approximativement l'extrémité radiculaire, en laissant de la place pour la base coulée. Après avoir ajusté les chevilles, prendre l'empreinte de l'extrémité de la racine avec de la cire à inlay en se servant d'une couronne pour mettre la cire en place ; enlever le surplus de la cire, enlever la couronne et la cire avec les chevilles, investir la cire et couler. Après le coulage, cimenter la couronne à la partie coulée et l'on obtient une couronne à l'aspect très naturel. (*Dent. Summary*).

Réparation des défauts dans les couronnes et les bridges en or. — Mélanger du mercure et de l'or à obturer comme si c'était un amalgame. Fouler le mélange sur le tout dans la couronne ou le défaut du bridge à réparer. Avec des pinces à souder tenir la couronne au-dessus d'une flamme de gaz en chauffant très lentement vers 120° le mercure se volatilise, laissant l'or pur recouvrir toute la pièce ou le défaut. Brunir l'or pour lui donner une surface unie et l'opération est achevée. (*Dent. Summary*).

Couronnes de porcelaine pour molaires supérieures et inférieures. — Meuler la dent du haut comme une couronne d'or ordinaire et faire un ruban d'or ; tailler la dent avec une fraise au moyen d'une petite pierre pour faire de la place pour une face. Couper le ruban comme pour une couronne à face ouverte, puis le replacer sur la dent et couronner le ruban d'or au niveau de la gencive. Prendre une empreinte avec le ruban en place. Prendre l'empreinte et l'occlusion, faire le modèle, mettre sur l'articulateur comme pour un pont, ajuster la face et construire en cire. Enlever la pièce coulée. La face peut être coulée en place ou rendre séparable en l'enlevant. (*Dent. Summary.*)

REUNIONS ET CONGRÈS

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE SUISSE

La XXVIIIme assemblée générale annuelle aura lieu les 23, 24 et 25 mai 1913 à Genève, sous la présidence d'honneur de M. Louis Chauvet, président du Conseil administratif de la ville de Genève, avec le programme suivant :

Vendredi 23 mai.

4 h. 1/2 du soir, Palais Eynard.

SÉANCE ADMINISTRATIVE.

Ordre du jour :

1° Procès-verbal de l'Assemblée précédente.

2° Rapport du président.

3° Rapport du trésorier, de l'administrateur et des vérificateurs des comptes.

4° Votation sur les candidatures.

5° Élection du Comité et des vérificateurs des comptes.

6° Le service des assurances pour les sociétaires. Rapport par M. Eug. Müller, de Zurich.

7° Projet d'assurance collective contre la responsabilité professionnelle, par M. Eug. Müller.

8° Caisses fédérales d'assurance-maladie. Participation des dentistes au traitement des assurés (proposition Eltner). Rapport de la Commission et discussion.

9° Rapport de la Commission chargée de l'étude du projet Montigel (Questions de déontologie).

10° Proposition du Comité : Exclusion d'un membre pour violation de l'art. 11 des Statuts (réclame).

11° Désignation du siège de la prochaine assemblée.

12° Propositions individuelles.

SOIRÉE RÉCRÉATIVE.

8 h. 1/2 du soir, Cercle de l'Espérance.

Samedi 24 mai.

9 h. du matin. Palais Eynard. Ouverture du Congrès par le président du Conseil administratif, M. Louis Chauvet, président d'honneur. Communications et démonstrations.

Après midi. — Excursion (ou en cas de mauvais temps : visite du nouveau Musée d'art et d'histoire).

7 h. du soir. — Banquet à l'Hôtel Bellevue.

9 h. » — Soirée au Kursaal.

Dimanche 25 mai.

9 h. du matin. Palais Eynard. — Communications et démonstrations.

Midi 1/2. — Banquet d'adieux à l'hôtel Métropole.

COMMUNICATIONS ANNONCÉES.

MM. Ch. Girard, *Prof. de Clinique chirurgicale :* Présentation clinique de cas chirurgicaux.

O. Römer, *Prof. à l'Université de Strasbourg :* Recherches histologiques sur la pulpe et le périoste à la suite d'opérations dentaires, d'applications d'acide arsénieux, d'insuccès opératoires tels que bris de tire-nerfs dans l'orifice apical, perforation du plancher de la chambre pulpaire, cautérisation du périoste, etc. (Projections).

A. Pont, *Directeur de l'Ecole dentaire de Lyon :* Chronologie rationnelle de la dentition.

Amoëdo, *Paris : A.* Simplification dans l'enregistrement de la trajectoire condylienne et dans le montage des dentiers.

B. Présentation du nouvel articulateur anatomique « Amoëdo ».

Julien Tellier, *chargé de cours à l'Université de Lyon :* Contribution à l'étude de certaines lésions dentaires d'origine nasale ou sinusienne.

Ch. Julliard, *Prof. à l'Ecole dentaire de Genève :* Lupus de la gencive.

R. Odier, *Directeur de l'Institut pour l'étude des maladies cancéreuses :* Les pseudo-sarcomes inflammatoires et les vaccins d'origine humaine.

J. Curchod, *Privat-Docent d'électrothérapie et de radiologie à l'École dentaire de Genève :* Les indications de la radiologie dentaire.

A. Bardet, *Prof. à l'Ecole dentaire de Genève :* Perméabilité des dents.

E. Métral, *Prof. à l'Ecole dentaire de Genève :* Sur une nouvelle réaction produisant de l'oxygène et de l'ozone pour le traitement des dents sans pulpe et leur blanchiment immédiat.

Ad. Brodtbeck *(Frauenfeld) :* Contribution à l'étude de la bactériologie dentaire.

R. Jaccard *(Genève) :* L'esthétique faciale dans ses rapports avec les maxillaires.

Eug. Müller *(Zurich).* 1) Un nouvel appareil d'éclairage pour la bouche.

2) De l'emploi du cautère électrique pour le modelage de la cire dans la bouche.

HYGIÈNE

L'INSTITUT DENTAIRE CAROLINUM

Notre collaborateur M. Schäffer-Stuckert, secrétaire général de la F. D. I., a bien voulu nous fournir les renseignements suivants sur l'Institut dentaire Carolinum, de Francfort-sur-le-Main, dont il est directeur.

Cet institut a été fondé par la baronne Anna Louise de Rothschild en mémoire de son père, le baron Charles de Rothschild, en 1893. Il comprenait au début un hôpital et une clinique dentaire avec consultations pour les indigents. Une modification des statuts, approuvée par l'autorité supérieure, permit en 1908 de consacrer l'institution uniquement à une clinique dentaire ayant les buts suivants :

1° Consultation et traitement gratuit des affections dentaires ;

2° Fourniture gratuite de dentiers et de pièces de prothèse aux indigents ;

3° Inspection dentaire des enfants des écoles municipales de la ville ;

4° Enseignement dentaire pour les étudiants et cours de perfectionnement pour les dentistes.

Il fallut dès lors des constructions appropriées, qui furent édifiées sur le terrain de l'hôpital de la ville de façon à être étroitement reliées avec lui ; indépendamment de la clinique dentaire, elles abritent aussi les cliniques municipales des maladies du cou, du nez, des oreilles et des yeux. Les bâtiments furent achevés, aménagés et inaugurés à la fin de 1909.

Ils comprennent trois sections : chirurgie et extractions, dentisterie conservatrice, prothèse.

Au sous-sol la section de prothèse avec un grand laboratoire, une salle pour la prise des empreintes, une salle pour la vulcanisation, une salle pour les travaux en or, une autre pour les travaux en émail, une salle de radiographie avec chambre noire et le bureau du directeur de la section prothétique.

Au rez-de-chaussée une salle d'attente donne accès dans les diverses sections. En face de l'entrée se trouve le bureau du directeur, le bureau de la surveillante auquel sont contigus la salle d'opération de la section de chirurgie et d'extraction, la salle de repos et le lavabo. La salle d'opération est pourvue d'une table d'opération, d'un fauteuil d'opération, de tous les instruments et de l'installation nécessaires.

Au nord de la salle d'attente se trouve la section de dentisterie conservatrice avec une salle pour 20 fauteuils, pourvus chacun d'une installation électrique, de crachoirs, d'une chasse d'eau et d'une armoire à instruments. Puis viennent la salle du directeur de la section conservatrice, la salle des obturations de porcelaine, des métaux coulés, la salle de stérilisation et la salle des sœurs. A cette section sont attenantes une salle d'extractions, avec salle d'attente accessible du dehors, une salle d'obturations pour la clinique dentaire scolaire, une salle pour le dentiste scolaire ; un amphithéâtre de 100 places complète l'organisation.

L'édifice a été inauguré le 1er janvier 1910 et la clinique dentaire scolaire a été inaugurée le 1er octobre 1910.

Le directeur consulte chaque matin de 5 h. à 7 h. et dirige les patients sur les diverses sections ; c'est à ces heures qu'ont lieu les extractions et les opérations chirurgicales. La section de dentisterie conservatrice est ouverte de 10 h. à 1 h., la section de prothèse de 8 h. à 10 h. du matin et de 4 h. à 6 h. du soir.

D'après ses statuts, l'Institut est un établissement de bienfaisance et toutes les dépenses de fournitures sont à sa charge ; il ne traite que les indigents de la ville, les malades et le personnel de l'hôpital. Cette clientèle fournit un vaste champ de pratique aux chirurgiens-dentistes et aux étudiants de l'Université pendant les vacances, il n'y a pas de cours théoriques. C'est à l'Institut que la Société dentaire de Francfort-s-le-Main tient ses séances scientifiques et que les cours de perfectionnement ont lieu.

En 1910 il y a été traité 3286 patients, avec 9050 consultations, 4606 extractions, dont 571 sous l'anesthésie, 140 cas de

chirurgie, 2451 obturations, 6027 traitements, 4065 dents artificielles, 9 pièces de prothèse chirurgicale, 18 couronnes et bridges et 3 redressements. 13 praticiens ont opéré.

En 1911 le nombre des patients a été de 3326, dont 264 militaires, 268 employés et 341 malades de l'hôpital.

La clinique dentaire scolaire a traité 4154 enfants.

Le nombre des opérateurs a été de 7 praticiens et 12 étudiants.

LA CLINIQUE DENTAIRE SCOLAIRE MUNICIPALE DE STRASBOURG EN 1912

Par le Prof. JESSEN.

(*Extrait du 10e rapport annuel.*)

Dix ans se sont écoulés depuis que, le 15 octobre 1902, fut ouverte la clinique dentaire scolaire de Strasbourg, rattachée à la policlinique de l'Université pour maladies des dents où, depuis 1888, les enfants des écoles étaient gratuitement traités, la première institution municipale de ce genre.

Le 15 février 1908 elle se sépara de l'Université et s'installa dans un édifice municipal. Le 1er avril 1911 elle s'établit dans des locaux neufs construits pour elle dans le bâtiment des bains municipaux.

En ces 10 ans il a été traité 63. 498 enfants, fait 65.462 obturations et 67.370 extractions. La 1re année il fut traité 2.666 enfants, fait 699 obturations et 2. 912 extractions.

La 10e année, 8. 210 enfants traités, 19. 775 obturations et 7.695 extractions.

L'augmentation considérable des obturations par rapport au nombre des enfants traités entre la 1re et la dernière année montre que la clinique s'est donné pour but, non pas de traiter le plus grand nombre possible d'enfants, mais de donner aux enfants qui la fréquentent des bouches absolument saines. C'est donc pour nous et pour les enfants une satisfaction spéciale lorsqu'ils nous présentent, aux inspections trimestrielles l'après-midi des jours de congé, une bou-

che propre et bien entretenue avec des obturations en bon état.

Les dépenses de la clinique qui, en 1902, étaient de 2300 marks, étaient en 1912 de 26. 800 marks.

En 1912 il a été traité 8.219 enfants, dont 2.482 complètement. Comme Strasbourg compte 21.600 enfants dans les écoles, ce nombre de 2. 482 est une proportion très minime. Il va de soi qu'avec un personnel plus nombreux à la clinique cette proportion serait augmentée; mais aucune ville ne peut faire des dépenses par trop considérables pour une seule branche du bien-être social.

On compte en Allemagne actuellement 200 cliniques dentaires scolaires, mais celle de Strasbourg est la seule avec une section technique consacrée aux redressements, dents à pivot, bridges, couronnes, pièces de prothèse. Cette section contribue à améliorer la parole, la faculté de mastication, l'aspect, et à conserver les dents.

L'examen des enfants de 8 ans (2.332 des écoles communales et 719 des écoles supérieures) avait montré, dans les dernières années, que, pour les premiers, en ce qui concerne la première molaire, 52, 3 o/o étaient saines, 8 o/o obturées, 29, 4 o/o cariées, 7, 1 o/o tombées et 3, 2 o/o extraites; pour les seconds, 16, 6 o/o d'obturations. Pour la 2e molaire de lait, 16, 6 o/o étaient saines, 6, 5 o/o obturées, 23, 7 o/o cariées, 17 o/o tombées et 36, 2 o/o déjà extraites.

Pour faire la comparaison il a été examiné 867 enfants des écoles enfantines, de 3 à 5 ans, soit 6936 1res et 2es molaires de lait. 1re molaire de lait : 48, 7 o/o saines, 6, 6 obturées, 35,7 cariées, 4,7 tombées, 4,3 extraites ; 2e molaire de lait : 39, 7 saines, 11, o obturées, 37, 6 cariées, 5, 7 tombées, 6, o extraites.

Sur toutes ces dents 17, 8 o/o avaient été obturées et 10, 3 o/o extraites par la clinique.

Une comparaison des enfants à l'âge où l'école est obligatoire et à l'âge de 8 ans est intéressante, au point de vue de la 2e molaire de lait. Le taux o/o des dents tombées et extraites augmente chez les enfants de 8 ans, comme le

nombre des dents saines, obturées et cariées a diminué. Tant que l'hygiène dentaire est négligée chez les petits enfants dans la famille, que ces enfants viennent à l'école avec 37,6 o/o de molaires de lait cariées, l'hygiène dentaire scolaire, dans les écoles enfantines et la première année de l'école communale, doit être plus grande, afin d'empêcher que les enfants de 8 ans ne présentent 17 o/o de molaires de lait tombées et 36 o/o d'extraites.

Comme par suite du manque de soin de la part des parents le taux o/o des dents saines est très bas, le traitement systématique de la clinique scolaire devrait au moins élever notablement le pourcentage des dents obturées dans les deux groupes d'enfants. Ce pourcentage, qui est aujourd'hui chez les petits enfants de 50, 7 et chez les enfants de 8 ans de 33, 1 o/o, devrait être de 90 à 100 o/o.

La statistique semestrielle de l'hygiène dentaire dans les écoles primaires montre que

les soins des dents étaient donnés en 1908 par 39,02 %, en 1912, par 44,09 %.

la brosse à dents pouvait être employée en 1908 par 41,60 %, en 1912 par 47,50 %.

la brosse à dents pouvait être achetée en 1908 par 30,43 %, en 1912 par 23,86 %.

la brosse à dents ne pouvait être achetée en 1908 par 32,73 %, en 1912 par 28,64 %.

D'une façon générale on constate un progrès lent, mais constant en hygiène dentaire.

SERVICE DENTAIRE A L'HOPITAL DE TUNIS

Pendant le Congrès de l'A. F. A. S. en mars dernier, trois congressistes MM. Godon et Zimmermann, de Paris, Vichot, de Lyon, ayant manifesté le désir de visiter le cabinet dentaire de l'Hôpital militaire du Belvédère à Tunis, il fut accédé à leur demande.

Ces praticiens, reçus dans l'établissement par M. Dejouany médecin-major de 1re classe, ont pu se rendre compte du bon fonctionnement de ce cabinet qui est assez bien installé.

Il est dirigé par M. Seillon, de l'École dentaire de Lyon ; primitivement organisé par M. Léonce Legrand, D. E. D. P., il a déjà rendu les plus signalés services.

En effet, tous les soins dentaires sont assurés :

1° A tous les malades de l'hôpital militaire et aux infirmiers militaires ;

2° A toutes les troupes des garnisons de Tunis, La Goulette, La Manouba, Tébourba ;

3° A un grand nombre d'officiers de Tunisie ;

4° A l'armée beylicale.

La prothèse dentaire, dans les différents cas d'autorisation d'achat sur place de l'Etat, est confiée à un mécanicien civil et le dentiste s'occupe de tous les soins et conseils cliniques.

Le dentiste n'a aucun grade et, vu le travail important qu'il doit assurer et qui l'empêche de suivre les cours du Caducée, il ne peut espérer en posséder jamais aucun.

Il y a là, il semble, une lacune de la loi et le dentiste devrait bénéficier des avantages accordés aux médecins et vétérinaires auxiliaires. C'est ce que le rapport adressé au Ministre de la Guerre, publié dans un de nos derniers numéros, a pour but de demander.

SOINS DENTAIRES SCOLAIRES

Dans une lettre au *Times* M. J. G. Cornish indique comment, pour trouver des ressources afin d'assurer le traitement dentaire aux enfants des écoles, de façon à réduire les absences causées par le mal de dents, il eut l'idée de recourir à un club dentaire. Il trouva un dentiste local disposé à se charger du traitement des enfants des écoles pour 6 fr. 50 chacun par an. L'enfant paye les 3/4 de cette somme (0 fr. 10 par semaine de l'année scolaire), le reste étant fourni par des souscriptions d'amis. Il déclare les résultats très satisfaisants.

(Dent. Record.)

DISPENSAIRE DENTAIRE FORSYTH

Nous avons déjà annoncé la fondation, grâce à la générosité des frères Forsyth, d'une clinique dentaire scolaire à Boston. Un don de 3 millions de dollars a permis d'édifier un véritable palais avec 110 fauteuils, où environ 100 praticiens soignent gratuitement 100.000 enfants. Les dépenses sont couvertes par les revenus d'un capital de 2 millions de dollars. L'institution a été ouverte en septembre 1912.

INTERÊTS PROFESSIONNELS

Dans un numéro précédent nous avons appelé l'attention de nos confrères sur l'interprétation donnée par la magistrature à la réglementation relative à l'emploi des anesthésiques et à la prescription de divers médicaments par les chirurgiens-dentistes, notamment par la publication de l'intéressante conférence de notre distingué collaborateur, Me Ducuing. Nous croyons aujourd'hui devoir compléter utilement cette étude par l'article ci-après sur la responsabilité civile des praticiens exerçant l'art de guérir.

UN MÉDECIN ENGAGE-T-IL SA RESPONSABILITÉ CIVILE

PAR LES FAUTES QU'IL COMMET DANS LE CHOIX DU TRAITEMENT ?

Une récente décision judiciaire[1] paraît avoir mis en émoi le monde médical, en condamnant un médecin à des dommages-intérêts envers une de ses clientes, pour fautes commises dans le choix du traitement.

Dans l'espèce, il s'agissait d'une jeune femme qui, soumise à un traitement par les rayons X pour faire disparaître la barbe lui recouvrant le menton, avait été atteinte d'une radiodermite du second degré.

De divers côtés l'on a, parmi les médecins, considéré cet arrêt comme une innovation dérogeant aux principes dégagés, jusqu'à l'heure, par la jurisprudence et la doctrine, en matière de responsabilité médicale.

Estimant, au contraire, qu'il en est une application logique et qu'il a été devancé par différents précédents, ayant d'ailleurs nous-même enseigné la même doctrine depuis plusieurs années[2], nous croyons utile d'attirer l'attention des médecins sur cette question, afin de leur éviter de fâcheuses surprises.

a) La responsabilité médicale n'est qu'un chapitre particulier de la responsabilité professionnelle. N'ayant pas été formellement réglementée par nos Codes ou des lois postérieures, celle-ci est demeurée soumise au précepte traditionnel : *imperitia culpæ adnumeratur.*

Cette impéritie fut toujours entendue de la façon la plus large, et non seulement de l'inhabileté dans l'exécution pratique des principes techniques, mais encore de l'erreur commise dans le choix des règles

---

1. Paris, 22 janvier 1913, *Semaine médicale* du 26 février, annexe XXXIV.
2. *Eléments de Jurisprudence médicale à l'usage des médecins* (1908), p. 276 et 278 ; et notre dissertation (§ III) sous l'arrêt d'Aix, 22 oct. 1906, Sirey, 1909. 2.321.

de métier applicables dans un cas donné, à la condition, bien entendu, que l'une ou l'autre faute soit grave.

Spécialement, au sujet du médecin, les jurisconsultes latins rapprochaient déjà des opérations mal faites les traitements prescrits à contretemps : *veluti si medicus ideo servum tuum occiderit, quod eum male secuerit*, **aut perperam ei medicamentum dederit** (Institutes de Justinien, liv. IV, titre 3, *De lege Aquilia*, § 7).

Vainement on prétendrait que cette sévérité dut disparaître avec l'institution des diplômes officiels, qui font présumer chez leur titulaire la connaissance de leur art. Car, bien après leur apparition, nos anciens jurisconsultes reproduisaient les mêmes doctrines, en citant les mêmes textes ; et les modernes les suivent dans cette voie. Jamais la jurisprudence de nos tribunaux ne s'est départie de cette ligne de conduite, et nous en citerons plus loin des exemples.

A la vérité, très rares sont les condamnations pour mauvais choix du traitement. Il en doit être forcément ainsi ; car très rares sont les erreurs médicales de ce genre assez graves pour constituer des fautes qu'évite tout médecin d'une diligence normale. Sur ce point, les fautes généralement commises constituent de simples manquements à des principes scientifiques discutables et discutés.

Or, il n'appartient jamais au juge, et les décisions les plus récentes le proclament tout aussi bien que les jugements antérieurs, de s'immiscer dans la discussion des théories purement scientifiques (Besançon, 16 octobre 1912, *Gazette des Tribunaux*, 1912, 2e semestre, 2.366 ; Paris, 4 mars 1898, Sirey, 1899, 2.90). Ce sont là questions à débattre dans l'Ecole, non pas au Palais, dans la chaire, non pas à la barre. Si peut-être certains juges ont eu la main lourde en appliquant ce précepte, il n'en reste pas moins reconnu de tous comme le fondement de la théorie juridique de la responsabilité médicale, et même de la responsabilité professionnelle en général. A cet égard, il nous serait aisé d'accumuler des preuves, et nous ne nous en abstenons que pour ne pas alourdir ces lignes d'interminables références.

La jurisprudence tient même pour légitime de s'écarter des chemins battus, et de se lancer audacieusement dans des voies nouvelles, quand l'intérêt du malade le réclame. Ainsi en a-t-elle décidé notamment pour un médecin qui, après emploi inutile des remèdes connus contre l'ozène, avait par analogie fait une injection de sérum antidiphtérique (Trib. paix d'Alger, 9 mars 1897, Sirey, 1909. 2.321 en sous-note) ou pour un autre qui avait essayé des rayons X pour vaincre une névralgie faciale rebelle (Trib. Seine, 5 janvier 1901, *Pand. franc. pér.*, 1902. 2.216).

Les audaces inspirées par le soin du malade n'ont donc rien à craindre des tribunaux.

b) Ce qu'ils défendent, ce sont témérités pleinement déraisonnables

et les essais purement hasardeux, que rien ne motive scientifiquement, et dont l'état du malade n'explique point par sa gravité l'initiative inattendue.

En pareil cas, la conduite du médecin ne paraît motivée que par une fantaisie condamnable, ou le désir de faire des expériences évidemment déplacées.

Ainsi a-t-on condamné un médecin qui, pour débarrasser un enfant de la *gale de lait*, s'était avisé d'arracher les croûtes avec des pinces, et avait déterminé la perte de la vue par une ophtalmie purulente (Trib. Gray, 29 juillet 1873, Sirey, 1874. 2.58), ou un autre qui avait, par curiosité, inoculé la syphilis à un petit malade atteint de la teigne, pour observer l'effet produit (Trib. Lyon, 15 déc. 1859, Dalloz, 1859. 3.87, Sirey, 1909. 2.321 en sous-note). Voyez aussi : Trib. fédéral suisse, 10 juin 1892, Sirey, 1892. 4.38 (motifs), et Aix, 22 oct. 1906, Dalloz, 1907. 2.41, note de M. Mérignhac ; Sirey, 1909. 2.321, avec notre note (mode d'investigation).

On voit par là qu'une condamnation judiciaire contre un médecin, pour mauvais choix du traitement, est loin d'être une nouveauté.

Il est vrai qu'en l'affaire plaidée à la Cour de Paris la faute n'était pas aussi grave. Il ne s'agissait pas d'une de ces bévues grossières, et l'on reprochait au médecin une disproportion entre l'agent thérapeutique choisi et l'affection à guérir, une simple imperfection inesthétique, avons-nous vu.

Même portée sur ce nouveau terrain, la solution est loin d'être neuve. D'abord, c'est une conséquence logique du principe jurisprudentiel rappelé plus haut, à savoir que, pour sortir des chemins battus, il faut que l'état du malade commande l'audace. D'autre part, plusieurs jugements ont déjà condamné des médecins pour n'avoir pas proportionné les risques ou les inconvénients du traitement à l'importance de l'état du client.

Notamment, à cinquante ans de distance, deux tribunaux condamnèrent des accoucheurs pour avoir pratiqué la brachiotomie, alors qu'une version ou d'autres moyens usuels auraient pu assurer la délivrance en temps utile (Trib. Domfront, 28 sept. 1830, Dalloz, *Répert. alphab.*, v° *Responsabilité*, n° 129-1°, et Trib. du Puy, 31 janv. 1881, *Gaz. Trib.*, 9 févr. 1881) ; on a aussi imputé à faute à un chirurgien-dentiste d'avoir pratiqué l'anesthésie générale pour l'ablation d'une dent, alors que le sujet n'était point particulièrement impressionnable (Trib. Seine, 27 sept. 1885, rapporté par Brouardel, in *Asphyxies*, p. 411).

Evidemment le point délicat sera de mesurer cette disproportion, et l'on doit s'attendre à des divergences entre les tribunaux. Voilà quelques années, dans une même affaire, un tribunal et une cour d'appel jugèrent successivement, l'un qu'une anesthésie générale était

une mesure trop grave pour réduire une luxation de l'épaule, l'autre, au contraire, que l'emploi en était parfaitement justifié (Trib. Château-Thierry, 7 juin 1905, et Amiens, 14 févr. 1906, Dalloz, 1907. 2.44 ; Sirey, 1909. 2.225 avec notre note). Chimère qu'espérer obtenir unité absolue des appréciations humaines ! L'essentiel est qu'on s'entende sur le principe général.

En observant qu'à l'heure actuelle tous les désordres produits dans l'organisme par les rayons X ne sont pas nettement connus, qu'on n'a pas encore découvert de moyen bien certain de les éviter, enfin qu'une barbe féminine est un désagrément sans gravité, curable par des procédés moins radicaux, on hésitera certainement à critiquer l'arrêt de la Cour de Paris. Nous serions tenté au contraire de le trouver bien large, quand il dit que pareil traitement eût été légitime si la jeune cliente avait été moralement affectée par son imperfection physique au point d'en être obsédée d'une façon aussi maladive.

c) En terminant, signalons un passage de l'arrêt, sur la portée duquel certains médecins ont paru se méprendre.

En disant que le médecin poursuivi « n'établit même pas qu'il ait prévenu cette jeune fille du danger qu'elle pouvait courir », la Cour n'entend pas proclamer que le consentement du client eût affranchi le médecin de toute responsabilité ; car elle venait de déclarer qu'il n'eût pas dû prêter son concours au traitement demandé pour une si minime affection.

Malgré l'adage mondain *consentienti non fit injuria*, la jurisprudence française a toujours refusé d'admettre que le consentement de la victime absout l'auteur du dommage (Voy. nos *Eléments de jurisp. médic.*, p. 282 et suiv.).

Il en doit être surtout ainsi pour les atteintes à la personne humaine, qui n'est pas objet de transaction, comme n'étant pas dans le commerce.

Le passage précédent a seulement pour but de rappeler cette règle générale posée par la jurisprudence, que lorsqu'un médecin sort des moyens de traitement battus pour en adopter d'autres exposant à quelques risques, il doit prendre le consentement du malade, sous peine d'aggraver sa responsabilité en cas de dommage (Voy. note Sirey, 1909,2.321, colonne 3).

E.-H. PERREAU,
Professeur à la Faculté de droit de Toulouse.
(*La Presse médicale*, 7 mai 1913.)

CORRESPONDANCE

Nous recevons la lettre et le document suivants avec prière de les publier :

ACADÉMIE DE PARIS

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE

ASSOCIATION DE L'ÉCOLE ODONTOTECHNIQUE

Reconnue d'utilité publique par décret du 22 mars 1892

5, *rue Garancière*, 5, — *PARIS* (*VI*e) — *Téléphone* 812-99

Paris, le 1er avril 1913.

Mon cher Confrère,

Au nom du Conseil d'administration de l'Association de l'Ecole odontotechnique, j'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien insérer dans l'un des prochains numéros de votre estimé journal la note suivante adoptée par le Conseil d'Administration dans sa séance du 11 mars 1913.

Veuillez croire, mon cher Confrère, à mes sentiments les meilleurs.

Le secrétaire général,
LE QUELLEC.

« Le Conseil d'administration de l'Association de l'Ecole odontotechnique, devant les protestations de ses membres au sujet d'un article paru sous la signature de M. le Dr Siffre dans le numéro de novembre 1912 de la *Revue odontologique* et *Revue générale de l'Art dentaire réunies* relatant l'Assemblée générale de l'Association de décembre 1912, sous la rubrique « Association odontotechnique » et ayant pour titre « TOUJOURS LA REVOLUTION », *Déclare réprouver hautement cet article.*

» En effet cet article sous une forme tendancieuse met en cause plusieurs membres du corps enseignant de l'Ecole odontotechnique.

» Le Conseil d'administration décide d'envoyer à tous les journaux professionnels et de faire afficher dans l'Ecole une note avertissant que cet article n'émane nullement de l'Association de l'Ecole odontotechnique et n'a été signée ni du secrétaire général ni du secrétaire des séances. »

Le secrétaire général,
LE QUELLEC.

BIBLIOGRAPHIE

Die Zähne der Lappen.

M. Yrjo Kajava, d'Helsingfors (Finlande), a publié récemment en allemand une étude anthropologique très complète intitulée : *Les dents des Lapons*. Cette étude de 66 pages, avec tableaux, graphiques et 6 planches, comprend une introduction et 14 chapitres. Ce travail, très complet, a été présenté à la Société des chirurgiens-dentistes finlandais en septembre 1912.

Bibliographie méthodique et complète des livres de médecine, chirurgie, pharmacie, sciences.

Cette nouvelle édition de la « Bibliographie Méthodique des livres de Médecine » complètement transformée (in-8°, de 128 pages, avec figures) donne, classée par chapitres, la nomenclature avec notices de tous les ouvrages médicaux parus en France de 1900-1913.

Un supplément indique les volumes parus en 1912-1913, et ceux en préparation.

Ce vade-mecum bibliographique, publié par A. Maloine, est indispensable à tous les médecins et chirurgiens-dentistes ; il est envoyé gratuitement et franco, sur simple demande.

Livres reçus.

Nous avons reçu de MM. H. Clément et A. Loup, de Bordeaux, une brochure intitulée : *Pourquoi nous sommes odontologistes.*



Nous avons reçu de M. le prof. Trauner, de Graz, une brochure de 15 pages en allemand : *Le traitement des maladies de la bouche, en particulier de la pyorrhée alvéolaire par le radium.*



Nous avons reçu le 51e rapport annuel de la Société des chirurgiens-dentistes autrichiens pour 1911-1912.



Nous avons reçu de M. E. Linet, directeur de laboratoire, *l'Album de prothèse dentaire moderne*, composé de 125 illustrations.

VARIA

LES SUPERSTITIONS ET LE MAL DE DENTS

Par R. Lindsay (Ecosse).

Nos ancêtres avaient un grand respect pour leurs dents, dans la pensée qu'elles étaient parmi les organes les plus vitaux de leur corps, contenant la vie même après extraction et exigeant d'être traitées avec beaucoup de soin et de précaution. Si un ennemi se procurait une dent, à quelles machinations ne se livrait-il pas contre son possesseur primitif ! Si une dent devenait branlante ou cariée, le patient devait avoir commis une faute grave, avoir violé une chose sacrée ou mangé une chose défendue.

A la cérémonie de l'initiation à l'âge adulte, dans beaucoup de tribus les dents sont arrachées ou brisées. Quelquefois, après l'extraction, la dent est placée dans l'écorce d'un arbre près d'une rivière ou d'un étang : si l'écorce recouvre la dent ou si celle-ci tombe dans l'eau, tout ira bien ; si la dent reste exposée ou si des fourmis passent dessus, l'enfant souffrira d'une maladie de la bouche. Dans quelques tribus l'arbre est considéré comme sacré pour toujours par la suite. L'arbre n'est indiqué qu'à certaines personnes et le jeune homme l'ignore. Quand celui-ci meurt, le pied de l'arbre est dépouillé de son écorce et l'arbre est entouré d'un grand feu pour qu'il meure et reste étendu.

Dans les tribus Dieri de l'Australie du Sud, les dents brisées, dans ces cérémonies étaient enveloppées dans des plumes d'émou et conservées par le père du jeune homme longtemps après la guérison de la bouche. A un moment donné le père et quelques vieillards se réunissaient et faisaient un bruit sourd avec leur bouche sans prononcer de paroles, puis soufflaient deux ou trois fois avec la bouche et lançaient les dents avec la main à quelque distance, puis celles-ci étaient enterrées à 50 centimètres de profondeur. Le lancement signifiait l'enlèvement de la vie des dents ; si cela manquait, l'enfant était exposé à des ulcérations de la bouche, à un embarras de la parole et à une difformité de la face.

Dans la tribu des Warramunga, la cérémonie de l'extraction des dents se fait toujours après une abondante pluie, lorsque les naturels trouvent la pluie suffisante et désirent qu'elle s'arrête ; quelquefois les dents extraites sont jetées dans un trou plein d'eau, dans la pensée qu'elles chasseront la pluie et les nuages.

Quand le roi de Cassange, dans l'Angola, meurt, un fonctionnaire lui arrache une dent et la présente à son successeur, qui la dépose

dans une boîte avec les dents de ses prédécesseurs. Cette boîte est la seule propriété de la couronne sans laquelle aucun roi ne peut exercer le pouvoir royal.

Les Indiens d'Asie, pour obtenir une belle récolte de maïs, recherchent un homme avec une denture complète et régulière pour semer le maïs.

Beaucoup de précautions étaient en usage dans le passé pour protéger l'enfant contre tout mal susceptible de l'empêcher d'avoir de bonnes dents. En suspendant une dent de loup ou de lion au cou d'un enfant, on croyait faciliter l'éruption de ses dents et les rendre blanches et fortes après l'éruption. Le corail blanc était employé dans le même but et afin que l'enfant pût se gratter les gencives, afin de rendre ses dents blanches, tranchantes et dures comme le corail.

Dans le comté de Sussex les mères mettent actuellement des colliers de perles en racine de pivoinier pour empêcher les convulsions et aider à la dentition.

Dans celui de Gloucester les nourrices lavaient avec de l'eau bénite la bouche des enfants nouvellement baptisés pour les protéger contre le mal de dents.

Dans l'ancien Mexique, quand un enfant changeait de dentition, ses parents mettaient la dent tombée dans un trou de souris, pour permettre la nouvelle dentition.

En Souabe ils coupent avec leurs dents la tête d'une souris vivante et la suspendent au cou de l'enfant par un cordon en ayant bien soin de ne pas faire de nœud à celui-ci pour que l'éruption des dents de l'enfant se fasse aisément.

En Allemagne on met les premières dents dans un trou de souris et l'enfant chante. « Souris, donne-moi ta dent de fer et je te donnerai ma dent d'os. »

Dans plusieurs parties du monde, les dents sont jetées sur le toit ou mises dans un endroit où elles puissent être trouvées par une souris, dans l'espoir que, grâce à la sympathie qui continue d'exister entre elles et leur possesseur primitif, ses autres dents acquièrent la même dureté et la même solidité que les dents des rongeurs.

Les remèdes contre le mal de dents ont été très divers : feuilles de pin bouillies dans le vinaigre (d'après Crollius) ; Marcellus recommandait de cracher dans la bouche d'une grenouille.

A Wicklow, on touche la dent douloureuse trois fois avec les pointes de trois fers à repasser ; à Riccarton on enfonçait un clou dans la poutre supportant le toit de la maison.

Martius, écrivain du XVIe siècle, pour l'odontalgie habituelle et récidivante, recommande de percer la gencive avec un morceau d'écorce, puis de rapporter ce morceau taché de sang dans l'arbre et de le recouvrir soigneusement de boue.

Renelm Digby, qui écrivit au XVIIe siècle, recommande de couper la gencive avec un clou de fer jusqu'à ce qu'elle saigne, puis d'enfoncer jusqu'à la tête dans une poutre ce clou taché de sang.

Dans le comté de Wilt, le paysan porte les pattes de devant d'une taupe et une de ses pattes de derrière dans un sac autour de son cou.

Dans le comté de Lancastre le charme suivant est porté cousu dans l'intérieur du gilet ou du corset, sur le sein gauche : Comme saint Pierre était assis à la porte de Jérusalem, Notre-Seigneur passa par là et lui dit : « Qu'as-tu donc ? » Il répondit : « Seigneur, mes dents me font mal. » Le Seigneur lui dit : « Lève-toi, suis-moi et tes dents ne te feront jamais plus mal. Fiat. + Fiat. + Fiat. »

Dans les îles Orkney, le charme diffère un peu.

Un charme très ancien consiste à porter autour du cou une dent saine trouvée dans un cimetière; si le mal de dents continue, faire enlever la dent malade et la remplacer par celle qui a été trouvée.

Dans le comté de Hamp Nord, une dent retirée à un cadavre est souvent enveloppée dans un petit sac et portée autour du cou pour protéger le porteur contre le mal de dents.

Martius dit que si la friction avec la dent d'un mort est bonne pour le mal de dents, la perte de la dent saine peut s'en suivre.

La croyance que les vers étaient la cause des maux de dents était universellement répandue. Quelques-uns croyaient que ces vers provenaient des débris alimentaires, d'autres qu'ils étaient engendrés spontanément ou résultaient des œufs de mouches ou d'autres insectes introduits avec les aliments et développés par la chaleur de la bouche.

La traduction anglaise de 1607 du régime de l'Ecole de Salerne du XIe siècle en fait foi. Un vieux manuscrit saxon du IXe siècle indique un remède contre les vers des dents.

Scribonius Largus, médecin de l'empereur Claude, qui accompagna ce dernier en Grande-Bretagne, l'an 43 de notre ère, indique de même un remède contre les vers des dents.

Johann Heurn, d'Utrecht (1543-1601), recommande une goutte d'huile de vitriol contre la carie et les vers des dents.

Culepepper préconise la jusquiame; Gerarde de même. Jacques Houllier, au XVIe siècle, fut le premier à combattre la théorie des vers. Fauchard la renversa triomphalement.

La croyance aux vers des dents est encore répandue dans les campagnes de certaines parties de l'Angleterre. Mais nous n'en finirions pas si nous voulions énumérer tout ce que les vieux ouvrages contiennent de charmes et de remèdes magiques à cet égard.

(*Dental Record*, janvier 1913.)

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre le décès de notre confrère M. Alix Charles Hachet, survenu le 25 avril 1913, père de M. Hachet, chirurgien-dentiste également et membre de l'A. G. S. D. F.

Nous adressons à M. Hachet et à sa famille nos sentiments de condoléances.

* * *

On annonce la mort de M. Georges Gouturon, mécanicien-dentiste, décédé à Cherbourg, le 25 avril 1913, à l'âge de 26 ans.

Nous adressons à sa famille l'expression de nos regrets.

NOUVELLES

Société d'Odontologie de Paris.

La Société d'Odontologie de Paris a tenu sa réunion mensuelle le 6 mai 1913, avec l'ordre du jour suivant :

1° Correspondance ;

2° Fracture du condyle du maxillaire inférieur (Présentation par M. Roy);

3° Appareil avec ablation du maxillaire supérieur droit (Présentation du malade), par M. L. Ruppe;

4° La Section d'Odontologie au Congrès de l'A. F. A. S. en Tunisie (Compte rendu du voyage et projections), par MM. Audy et Zimmermann ;

5° L'emploi de l'hydroxydase en dentisterie et principalement dans les cas de pyorrhée alvéolaire, par M. Choquet ;

6° Histo-pathologie de la pyorrhée alvéolaire, avec projections photo-micrographiques, par M. Mendel-Joseph ;

7° Incidents de la pratique journalière ;

8° Questions diverses.

Le compte rendu de cette séance sera publié dans un prochain numéro.

Société odontologique de France.

La Société odontologique de France a tenu sa réunion mensuelle le 30 avril avec l'ordre du jour suivant :

1° Procès-verbal ;

2° Correspondance ;

3° Candidatures ;
4° Anesthésie de la dentine, par M. Schaltmann ;
5° Compte rendu de la séance de démonstrations pratiques ;
6° Compte rendu de la séance du bureau et adoption du contrat ;
7° Discussion sur l'étude comparative des inlays d'or et des aurifications de M. R. Dubois ;
8° Accident d'extraction de dent de sagesse, par M. P. Dubois ;
9° Revue rétrospective des appareils de redressement, par M. Siffre avec projections ;
10° Incidents de pratique journalière et intérêts professionnels ;
11° Questions diverses.

Le service militaire et les chirurgiens-dentistes.

Le Bureau de la F. D. N. a adressé au rapporteur et à chacun des membres de la Commission de l'Armée de la Chambre des Députés un exemplaire du rapport qu'il avait envoyé au Ministre de la Guerre le 15 mars dernier et que nous avons publié dans notre numéro du 15 avril. Cet exemplaire était accompagné d'une lettre d'envoi.

Examens de chirurgien-dentiste.

La prochaine session du premier des examens de fin d'année qui déterminent la collation du titre de chirurgien-dentiste s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le lundi 16 juin 1913.

Art de guérir.

Le mardi, 1er avril est entré en vigueur en Suisse, l'arrêté du Conseil fédéral du 18 mars modifiant le règlement des examens fédéraux pour les médecins, les dentistes, les pharmaciens et les vétérinaires, arrêté que nous avons publié.

Dorénavant, pour être admis aux examens fédéraux, les porteurs de certificats et de diplômes cantonaux, délivrés à la suite d'examens reconnus équivalents aux examens fédéraux, devront présenter un certificat de maturité reconnu valable au sens du règlement ; à défaut de ce certificat, les Suisses, aussi bien que les étrangers, doivent subir l'examen fédéral de maturité.

Les candidats qui auront commencé leurs études avant l'entrée en vigueur du nouveau règlement auront jusqu'au 31 décembre 1914 le droit de subir leurs examens suivant les dispositions spéciales du règlement du 11 décembre 1899. Pour les examens professionnels, ce délai est prolongé jusqu'au 31 décembre 1915.

Les candidats pharmaciens qui auront subi l'examen de commis pharmacien en conformité du règlement du 11 décembre 1899 de-

vront subir l'examen professionnel tel qu'il est prévu aux articles 75 et 76 du même règlement.

Policlinique dentaire de Genève.

Le Conseil d'Etat du canton de Genève a nommé M. Marcel Henneberg, citoyen genevois, chirurgien-dentiste, aux fonctions de médecin-dentiste chef; M. John Julien Meylan, citoyen genevois, médecin chirurgien-dentiste, aux fonctions de médecin-dentiste adjoint et Mlle Alice Challand, genevoise, dentiste diplômée, aux fonctions d'assistante à la policlinique dentaire scolaire.

Nouvelle Société d'étudiants.

Les étudiants en chirurgie dentaire de la Faculté de médecine de Nancy, viennent de constituer une *Amicale* dont le siège est à l'Institut dentaire.

Clinique odontologique de Turin.

La clinique odontologique de l'Université de Turin a été inaugurée le 13 avril à la policlinique générale.

Enseignement dentaire au Brésil.

Notre confrère, M. Frédéric Eyer, professeur de clinique odontologique à la Faculté de médecine de Rio de Janeiro et président de l'Association centrale brésilienne de chirurgiens-dentistes, nous annonce que l'enseignement odontologique au Brésil a été, grâce à ses efforts, complètement réformé. Des modifications ont été apportées au programme d'examen préparatoire qui comprend : portugais, français, anglais, arithmétique, algèbre, géométrie, trigonométrie, géographie, histoire, physique, chimie, histoire naturelle.

L'enseignement dentaire a une durée de 3 ans et porte sur les matières suivantes : Anatomie, physiologie, anatomie pathologique, chimie métallurgique, microbiologie, technique, prothèse, thérapeutique, hygiène, clinique odontologique.

Echo de l'attentat contre le roi d'Espagne.

A la suite de l'attentat commis contre le roi d'Espagne à Madrid, la police et la gendarmerie, craignant que la foule ne lynchât le criminel, le firent entrer dans la cour de la maison n° 48 de la Calle de Alcala, habitée par notre confrère et collaborateur M. F. Aguilar.

Mais la fureur de la foule augmentant et celle-ci menaçant d'enfoncer la porte de la maison, la police estima que le coupable n'était pas suffisamment en sûreté dans la cour, au rez-de-chaussée, et le fit monter au premier étage, où M. Aguilar offrit son appartement.

L'assassin y fut enfermé et gardé à vue jusqu'à ce qu'il fût possible de l'emmener sans avoir à redouter les attaques du peuple.

(*La Epoca*, 14 avril 1913.)

Fédération dentaire mexicaine.

Nous apprenons avec plaisir la création au Mexique d'une Fédération dentaire nationale mexicaine, grâce aux efforts de notre distingué confrère et collaborateur M. José J. Rojo, de Mexico.

Nous adressons nos félicitations à notre confrère et nous souhaitons bon succès à la nouvelle Fédération.

Mariages.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Amaryllis Favre, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Céline Brazeau, célébré le 8 mai 1913.

* * *

Nous apprenons le mariage de Mlle Marie-Louise Sebileau, fille de M. Sebileau, professeur agrégé à la Faculté de médecine et professeur à l'Ecole dentaire de Paris, avec M. Léon Dufourmentel, interne des hôpitaux, célébré le 14 mai.

L'Ecole dentaire de Paris était représentée à la cérémonie par son directeur, M. Godon, et par plusieurs membres du corps enseignant.

* * *

Nous apprenons également le mariage de notre confrère M. Léonce Legrand, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Marie-Louise Valtemant, célébré le 30 avril.

Nous adressons nos vœux de bonheur et nos félicitations aux jeunes époux.

Errata.

Il y a lieu d'apporter à l'article de M. L. Ruppe « Un gnathomètre » publié dans notre numéro du 15 avril dernier, les rectifications suivantes :

1° La fig. 3, p. 293, doit être redressée pour être en bonne position.

2° p. 295, ligne 6, lire *fig.* 4, au lieu de fig. 1.

3° p. 295, légende de la fig. 4, lire :

A D F, angle Geoffroy Saint-Hilaire, au lieu de C A D.

F A G, angle auriculo-facial Broca, au lieu de A D F.

H A D, angle de l'école de Bicêtre, au lieu de A D G.

4° p. 296, 6e ligne, lire *F A G*, au lieu de F A G C.

10e ligne, lire *H A D*, au lieu de D A H C.

33e ANNÉE. N° 10. 30 MAI 1913 VOL. XLIX

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LA MÉCANIQUE ET LA CHIRURGIE DENTAIRES ET EN PARTICULIER L'EMPLOI DU RADIUM DANS LE TRAITEMENT DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE

Par M. WARNEKROS.

(Communication à la Société d'Odontologie, 14 mai 1913.)

1° *Prothèse dentaire. — Les lois de Bonwill. — La glissière d'Eltner.*

Depuis le séjour de Bonwill en Allemagne en 1891, je me suis occupé des mouvements du maxillaire inférieur, et j'ai essayé de mettre à profit mes expériences pour la prothèse dentaire. J'ai suivi, en reconnaissant pleinement leurs mérites, les travaux de Wallisch, Breuer, Gysi, Spee, Christensen, Zsigmondy, Andreesen, Eltner, pour n'en citer que quelques-uns. La plupart d'entre eux, comme moi-même, ont essayé d'introduire un nouvel articulateur, mais avec peu de succès. L'emploi de ces nouveaux articulateurs était en effet souvent si compliqué que, pour cette raison déjà, ils ne pouvaient être adoptés par la généralité des praticiens. A mon avis, nous pouvons aussi obtenir avec des moyens plus simples des résultats, sinon parfaits, du moins très bons dans la pratique. Ma tâche sera maintenant d'aider Bonwill, dont la vie fut une lutte en faveur de ses principes, à obtenir son droit.

Que fait Bonwill, en réalité ? Il nous met à même, quand l'occlusion des arcades dentaires est déterminée, d'obtenir des surfaces triturantes d'un côté et un appui correspondant de l'autre côté de la prothèse.

Dans les cas de faible recouvrement des incisives, d'arti-

culation ouverte, la possibilité de sectionner était aussi donnée pour le mouvement de fermeture.

D'après les principes de Bonwill, une restauration des faces triturantes par des inlays d'or pouvait facilement être entreprise, quand la pièce de prothèse s'était enfoncée dans le maxillaire par suite de la pression masticatoire.

Il est facile de se rendre compte du bien-fondé de la théorie de Bonwill en fixant sur son articulateur des modèles de mâchoires de sujets possédant une denture complète. Ces modèles montrent les mouvements du maxillaire inférieur d'après l'usure des faces triturantes prouvant que l'articulateur fonctionne correctement et que ses mouvements ne s'effectuent pas seulement dans un plan horizontal, mais aussi que dans les mouvements vers la droite, par exemple, il se produit un glissement des cuspides externes des molaires droites inférieures sur les cuspides externes des molaires droites supérieures. Le même fait se produit en sens contraire quand le mouvement s'effectue vers la gauche.

En manière de contrôle, j'ai aussi pourvu certains patients de pièces de prothèse dentaire dont les faces triturantes correspondaient exactement à celles des mâchoires naturelles de même largeur. Je les ai construites soit avec des faces triturantes de porcelaine confectionnées avec beaucoup de mal, ou imitées avec des faces triturantes et tranchantes coulées en or, devant lesquelles je plaçai des dents plates artificielles.

Pour un dentier complet, il est avantageux que la pièce du bas soit maintenue sur le maxillaire par un certain poids. Chez les patients de clinique, on cherche à obtenir le poids par des bases coulées en métal commun. Dans la clientèle de cabinet, les bases en or coulé sont très avantageuses.

Malgré une adaptation des plus soigneuses du caoutchouc à ces bases, on peut observer, après un certain temps, un commencement de détachement du caoutchouc occasionné par la pression masticatoire. Pour éviter cet inconvénient,

je recouvre souvent, non seulement la surface maxillaire, mais aussi la surface interne de la prothèse avec une plaque d'or coulée.

La pièce inférieure la plus parfaite, mais aussi la plus chère, sera toujours une pièce en émail avec base en platine.

Ces pièces dentaires, construites d'après Bonwill, ont satisfait non seulement les dentistes, mais aussi beaucoup de patients. La bonne répartition de la pression masticatoire prévient des troubles de ce côté, et donne aussi aux patients plus de sûreté dans la mastication. Une bonne fixation de la pièce inférieure est obtenue, comme je l'ai dit, par son poids, tandis que la pièce supérieure est maintenue suffisamment par la force de succion, qu'il s'agisse d'une plaque en caoutchouc ou en or coulé. Même chez les patients dont les prothèses sont encore alourdies par des obturateurs, nous pouvons maintenant avoir la certitude de pouvoir leur confectionner de bonnes pièces complètes du haut ou du bas sans ressorts. (Présentation d'une patiente, avec fissure du palais.)

La principale objection faite à l'articulateur de Bonwill fut toujours que ses mouvements de mastication ne reproduisaient pas le glissement du condyle du maxillaire inférieur sur le tubercule articulaire de l'os temporal. Je fournirai, au moyen de préparations anatomiques, la preuve que cette objection n'est pas fondée.

Les mouvements de latéralité ont pour objet d'utiliser les faces triturantes des dents. Les dents se placent en rapport soit d'un côté ou de l'autre, et glissent pour retourner à l'occlusion des arcades. L'articulateur doit nous permettre d'imiter ces faces triturantes dans le placement des dents artificielles, afin de rendre leur utilisation possible pour le patient pendant la mastication, et l'articulateur de Bonwill nous donne cette possibilité. J'ai déjà démontré que ce mouvement s'effectue à l'intérieur de la cavité articulaire. Mes recherches radiographiques doivent prouver l'exactitude de cette assertion.

Si Bonwill garantissait une utilisation complète des faces triturantes des molaires, celle des faces tranchantes ne pouvait jamais avoir lieu que dans une certaine limite, car la force de succion de la pièce supérieure n'était pas suffisante pour empêcher un détachement de celle-ci quand elle était employée à trancher une bouchée plus ou moins dure.

Pour obtenir cela, il me faut seulement dans la prothèse construite par l'articulateur de Bonwill, renoncer à l'utilisation de la seconde grosse molaire et à modeler la glissière d'Eltner.

Je modèle la glissière de la hauteur de la bouchée à recevoir et je lui donne une largeur telle que dans le mouvement de fermeture, qui comprend un déplacement latéral vers la droite ou la gauche, un support soit donné aux arcades dentaires pour glisser en occlusion. J'obtiens alors facilement une utilisation complète des incisives. Je n'ai plus besoin de choisir une articulation ouverte, mais je meule les incisives inférieures contre les supérieures de façon que l'utilisation des dents artificielles soit aussi complète que celle des dents de la mâchoire naturelle.

Alors qu'auparavant, les prothèses construites d'après les données de Bonwill, malgré le détachement occasionnel de la pièce du haut, donnaient au patient une certaine sûreté dans la mastication, parce qu'il savait qu'à la seconde fermeture de la bouche la plaque retournerait à sa place primitive, dorénavant le patient observera encore à la fermeture de la mâchoire, quand la bouchée sera grosse, un détachement de la plaque du haut, mais obtiendra néanmoins la sûreté nécessaire au sectionnement de la bouchée, parce qu'il remarquera que la glissière rétablit la position de la pièce du haut et permet une utilisation complète des faces tranchantes.

Christensen, Gysi, Andreesen, Eltner, ont construit des articulateurs qui reproduisent les mouvements exécutés par la bouche largement ouverte. Leurs descriptions sont si compliquées et si vagues que bien peu sont capables d'obtenir les mêmes résultats. Si, malgré ces fautes, ils ont

obtenu de bons résultats dans la construction des pièces dentaires, c'est que pour le placement des dents, comme Bonwill l'a montré, il y avait lieu de tenir compte d'un si faible déplacement latéral, que ces détails inutiles et en partie inexécutables n'offraient aucun avantage pour la prothèse dentaire. L'ancien articulateur de Bonwill a été perfectionné pour la pratique par Grittman, sans modification pour ses principes. Cet articulateur modifié de Grittman est le plus pratique pour les dentistes qui travaillent d'après les données de Bonwill.

Vous pouvez vous assurer de l'exactitude de mes affirmations sur cette patiente. Elle est âgée de 74 ans, n'a eu aucune pièce de prothèse dans son maxillaire inférieur édenté jusqu'à 72 ans, puis a porté une pièce construite par moi, d'après les données de Bonwill ; elle a obtenu l'usage des faces triturantes des molaires et va vous montrer maintenant, après avoir été pourvue d'un dentier établi d'après les principes de Bonwill et d'Eltner, quelle utilisation peut être faite des incisives. Elle mord sans difficulté dans une pomme, en sectionne d'assez gros morceaux, tranche facilement des radis et du raifort, mord dans du pain dur, sectionne des morceaux de cornichons durs, du chocolat en tablettes et en gros morceaux, et prouve enfin, bien qu'elle ne soit pas fumeuse, qu'elle peut trancher la pointe d'un cigare. J'espère que le nom de Bonwill, avec ou sans celui d'Eltner, s'est acquis une place d'honneur durable dans la dentisterie technique, et je serais heureux si mon exposé pouvait avoir contribué un peu à ce résultat.

2° *Prothèse restauratrice.*

Le moulage en cire que je présente est la tête d'un homme d'un certain âge chez lequel le chirurgien dut enlever la moitié gauche du maxillaire inférieur en raison d'un sarcome. Pendant l'opération, le chirurgien s'aperçut qu'il devait, non seulement faire l'ablation du maxillaire inférieur, mais aussi celle de la cavité orbitaire tout entière. Après l'opération, le patient fut prié de ne pas se regarder

dans un miroir jusqu'à ce que la plaie qu'il pensait petite se soit fermée. Pendant des semaines, le patient ne s'est pas douté de la perte de son œil. Le chirurgien s'adressa alors à moi et me pria de venir en aide au patient. Afin de rendre la mastication et la déglutition possibles au sujet, je construisis un obturateur (plaque d'obturation). Une prothèse dentaire trouva un support suffisant dans les dents de la moitié droite du maxillaire et couvrit aussi avec une plaque la brèche de la moitié gauche du maxillaire. Afin d'obtenir également une obturation complète pendant la déglutition et la conversation, un morceau de gutta-percha noire fut appliqué du côté gauche de la plaque jusqu'au niveau du palais mou restant. Par une application répétée, après durcissement de la gutta-percha dans de la glace en morceaux et du sel, une obturation fut obtenue tant au repos que pendant la déglutition et la conversation. De la même façon que se préparent les obturateurs, le bloc de gutta-percha creux en forme de boîte fut alors vulcanisé avec bourrage d'ouate sur la prothèse dentaire. Cette plaque d'obturation mit le patient en état de se nourrir et de parler sans gêne. Il me restait à fermer aussi la brèche extérieure et à munir le patient d'un œil artificiel. Je résolus ce problème de la façon suivante.

Une empreinte de la brèche fut obtenue au moyen de substance à empreintes (Stents) ramollie dans l'eau chaude. Afin de ne pas incommoder le sujet, un bloc de substance fut d'abord pressé superficiellement contre la brèche. Je ne visai pas, en ce faisant, à l'exactitude, car la forme précise fut obtenue de la façon suivante : J'appliquai du côté postérieur de la plaque de caoutchouc confectionnée d'après cette première empreinte, un morceau de gutta-percha ramollie que je pressai alors avec précaution contre la brèche. Après refroidissement de la matière, j'avais une empreinte exacte des bords de la plaie. Je pouvais alors confectionner de suite une seconde plaque en caoutchouc qui ne laissait rien à désirer comme adaptation. Les paupières et l'ouver-

ture pour un œil en verre convenable furent modelées dans la plaque de caoutchouc, puis l'une des plaques fut peinte suivant la teinte de peau du patient par un portraitiste. Une seconde plaque de caoutchouc fut recouverte de cire à moulages de couleur convenable, et les sourcils furent pourvus de poils. Pour la troisième plaque, la base fut estampée en platine et sur celle-ci, par la cuisson, de la porcelaine à haute fusion fut fixée, qui fut recouverte ensuite de porcelaine à basse fusion comme celle employée pour la coloration des dents, de la couleur voulue. La fixation de l'obturateur fut facilement obtenue.

La plaque trouva une bonne rétention dans la base du nez et grâce à une application intime sur l'arcade sourcilière. Cette rétention pouvait être augmentée par de la subtance collante ou par des bandelettes d'emplâtre adhésif recouvertes d'un côté par de la cire à moulages et le sourcil artificiel.

Je pensais avoir réalisé ainsi ce qui pouvait se faire de mieux, mais mon opinion changea quand on me présenta à Vienne dans l'Institut dentaire de l'Université du Professeur Scheff un homme avec un nez artificiel préparé avec la substance à moulages brevetée de Henning [1]. C'est ce que l'on peut imaginer de plus parfait pour une prothèse semblable. C'est une matière gélatineuse, mobile, que le patient lui-même peut refondre souvent et utiliser ensuite à nouveau. Dans le cas mentionné plus haut, je l'appliquerais sur une plaque de caoutchouc vulcanisé et à surface rugueuse.

Vous voyez ici mon second moulage en cire.

Il a été pris sur une blessure du bras, pour laquelle le chirurgien ne peut pas fermer la plaie par un bandage d'emplâtre adhésif, comme il est d'usage maintenant pour les blessures fraîches. Il désirait ne pas détruire par un arrachement fréquent de l'emplâtre adhésif les granulations nouvelles se formant sur les bords de la plaie.

Pour le lui permettre, je préparai une coiffe en celluloïd

---

1. Vienne, hôpital général service des moulages, première Cour.

analogue à celle que l'on porte comme protection dans la vaccination pour la forme du membre. Cette coiffe recouvrait la plaie et une partie du tissu sain environnant ; elle fut munie d'une large entaille. Sur cette première coiffe ouverte en celluloïd, une seconde coiffe en celluloïd fermée, de même forme, fut fixée avec de l'emplâtre adhésif. De cette façon, la plaie fut non seulement protégée contre une nouvelle irritation pendant les mouvements du bras par les vêtements, mais encore le médecin, en cas de traitement nécessaire de la plaie, n'avait besoin d'enlever que la plaque de celluloïd du dessus pour effectuer les interventions destinées à favoriser le processus de guérison de la plaie, sans dommage pour celle-ci. Comme les coiffes de celluloïd du commerce n'ont pas toujours la forme désirée, il est nécessaire que le chirurgien se mette en rapport avec un dentiste ou entreprenne lui-même la confection facile de ces coiffes de celluloïd. Le celluloïd, quand il est pressé à une certaine température — environ 80° — dans un bain d'huile ou d'eau, conserve la forme qui lui est donnée. On obtient l'empreinte au moyen d'une substance à empreintes (Stents) ramollie dans l'eau. L'empreinte est alors coulée en plâtre, la coiffe modelée en cire, et ce modèle en cire mis en forme entre deux empreintes en plâtre, une positive et une négative. Le celluloïd est alors pressé lentement à la chaleur de la façon indiquée ci-dessus à la place de ce modèle en cire. Nous, dentistes, nous avons besoin de connaître la technique du celluloïd, car nous en avons besoin maintenant dans de nombreux cas de fractures des maxillaires.

On rencontrait principalement des représentants de deux méthodes différentes du traitement des fractures des maxillaires. Les uns étaient pour les attelles de fil métallique et les autres pour les attelles de caoutchouc. Les représentants de la première méthode reprochaient au caoutchouc le séjour prolongé nécessaire de l'attelle rendant l'antisepsie difficile. J'ai cherché à combattre cet inconvénient en introduisant des attelles démontables et par l'insertion

entre le caoutchouc et le maxillaire de gutta-percha pouvant être enlevée et renouvelée journellement. Les représentants de l'autre méthode reprochaient aux attelles métalliques les douleurs qu'elles occasionnaient, le redressement lent des déviations des fragments. L'ancien traitement des fractures des maxillaires s'est modifié depuis quelques années. Une insensibilité peut être obtenue immédiatement par des injections d'adrénaline et novocaïne dans le voisinage de la fracture ou par l'anesthésie régionale dans la région de l'orifice interne du canal dentaire inférieur. Les fragments déplacés peuvent être amenés autant que possible à leur place respective et immobilisés par des attelles de fil de métal ou celui d'Angle. Pour renforcer ces attelles de fil de métal, une coiffe de celluloïd est alors confectionnée, comme il est décrit ci-dessus, d'après l'empreinte et fixée avec de la matière à obturation temporaire (dentine artificielle) sur le maxillaire.

Le patient obtient ainsi, en quelques heures, un appareil de maintien sûr qui lui permet d'utiliser sans crainte son maxillaire pour s'alimenter et pour parler.

Ce n'est que l'adhérence des fragments du maxillaire avec les parties molles qui décide de la possibilité d'utilisation de l'attache d'Angle. Quand elle n'existe pas, la traction du muscle a une telle puissance que l'attelle d'Angle ne peut offrir une fixation suffisante. J'ai observé ce fait dans un cas où, en raison d'une béance exceptionnellement prononcée, le maxillaire inférieur fut percé au ciseau par le chirurgien dans la région de la première prémolaire et où les fragments, après un essai infructueux avec l'attelle d'Angle, ne purent être consolidés dans la position voulue qu'au moyen d'une attelle de caoutchouc démontable.

3° *Le radium dans le traitement de la pyorrhée.*

Le traitement des maladies buccales, en particulier de la pyorrhée alvéolaire, par le radium a été décrit de la façon la plus complète et brillante par le Professeur Trauner, de Graz. Les dentistes de tous les pays ont mainte-

nant le devoir de contrôler ses assertions, de poursuivre ses expériences, et si la méthode de traitement — peut être d'une manière un peu différente — promet des résultats, de porter ceux-ci à la connaissance des autres collègues.

J'ai rendu visite, dans les premiers jours de mars, à M. Trauner. Celui-ci eut l'amabilité de me présenter les patients mentionnés dans son article. Chez quelques-uns d'entre eux, la gencive s'était recollée aux dents, bien que le traitement n'eut pas encore une durée suffisante. Il avait été procédé, il est vrai, à un enlèvement soigneux du tartre, mais la surchage provenant de l'absence des molaires qui devaient fournir l'appui nécessaire n'avait pas été supprimée par une prothèse. Je pus donc admettre avec Trauner que ces résultats n'étaient possibles que grâce au traitement par le radium. Je constate avec satisfaction que les collègues qui se sont familiarisés jusqu'à présent avec le traitement confirment ces résultats surprenants. Il ne s'agit plus que de perfectionner la manière d'utiliser l'émanation du radium. La bouche se prête particulièrement à l'emploi d'une émanation de radium, de faible concentration, comme elle est ordonnée pour une cure sous forme de boisson, car l'émanation peut être versée d'un endroit à l'autre pendant une demi-heure, livrant ainsi continuellement des particules gazeuses. Alors que Trauner fait faire des lavages deux fois par jour pendant une demi-heure, je ne les prescris qu'une fois par jour pour des raisons pratiques que j'exposerai plus loin. La radiumthérapie est appelée à combattre efficacement la pyorrhée alvéolaire, aussi à empêcher en grande partie la destruction des dents (carie).

Comme je l'ai montré dans un travail antérieur [1] la formation de cavités est sensiblement favorisée par un placement irrégulier des dents.

Les lavages avec les anciens dentrifrices n'avaient —

---

1. Quelques cas de mécanique dentaire, et commentaires sur la position normale des dents dans le maxillaire.

comme le prouve l'excellent travail du Professeur Kuster et de Weisbach[1] — aucun effet notable sur le développement de la carie. La situation est maintenant différente avec le lavage au radium, grâce auquel, aux endroits menacés, le mucus avec les bactéries retenues se dissout et est rejeté au dehors.

Les maladies radiculaires des dents pourront aussi être guéries maintenant dans de nombreux cas. Je vous présente ici la radiographie d'une petite incisive supérieure sur la pointe radiculaire de laquelle un renflement est distinctement visible. Vous remarquerez sur la seconde radiographie, prise peu de temps après, que le renflement a disparu et que l'apex est entouré d'un tissu sain. Le traitement fut effectué par des bâtonnets de beurre de cacao radioactifs, tels qu'ils sont vendus par la Deutsche Radium Gesellschaft « Hannover », de Hanovre, et en outre par l'appareil à émanation de gaz, que je désirerais en tout cas avoir introduit en dentisterie.

L'appareil à émanation de gaz a une action beaucoup plus puissante que l'appareil mentionné ci-dessus pour la cure par le lavage. Il contient assez de pierres radio-actives pour que la solution contienne déjà après 3/4 d'heure, la même quantité d'unités que la solution dans le verre pour la cure par le lavage en 24 heures. Mais ce n'est pas cette solution qui est employée ; ce sont les particules gazeuses libérées quand, à l'aide d'une poire en caoutchouc se terminant dans l'appareil à émanation en un tube de verre, la solution est agitée par l'apport d'air obtenu au moyen de la poire. Les particules gazeuses sont introduites dans la dent et envoyées dans le canal radiculaire par un second tube avec raccord en caoutchouc sur lequel une pièce à bouche en verre avec ouvertures de sortie de différentes grandeurs est montée. L'appareil à gaz seconde aussi la cure par le lavage, des particules radio-gazeuses étant distribuées là où elles ne peuvent pénétrer

1. *Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde*, n° 3.

suffisamment par le lavage, sur les faces vestibulaires des grosses molaires postérieures et dents de sagesse, par exemple. Il m'a été particulièrement utile dans un cas où il existait une suppuration au niveau de la canine supérieure. La pression des lèvres gêne ici le lavage de la dent sur sa face externe, et par suite les particules gazeuses doivent être appliquées de cette façon sur l'endroit malade.

(L'auteur donne à ce moment la description et le mode d'emploi pour les dentistes de l'appareil à lavages.)

L'appareil à émanation de gaz a produit de grands effets à un malade paralysé du côté droit par une attaque d'apoplexie. Le malade ne pouvait ni se rincer la bouche ni déglutir. Mais il était nécessaire de purifier la bouche afin qu'il ne déglutisse pas les particules de mucus et les bactéries qui s'y suspendent, quand on ne peut prendre naturellement la nourriture. La bouche fut tenue propre par l'appareil à émanation de gaz, qui portait les particules de gaz aux dents et aux gencives.

Ce procédé de rinçage sera employé dans tous les hôpitaux et maisons privées, quand la bouche sera troublée par irritation due aux aliments.

De quelle manière serait-il possible, d'employer le radium sur une plus grande échelle, avec le succès obtenu jusqu'ici ? Il faudrait que les malades se procurent cet appareil de rinçage. Le prix d'un litre est de 43 fr. 75, il sera certainement possible d'obtenir un demi-litre pour 25 francs. Si l'on considère que les pierres conservent pendant plusieurs années ou même toujours leurs qualités radio-actives et qu'une cure de rinçage n'est nécessaire que trois ou quatre fois par an, cet achat semble possible.

Les patients du prof. Trauner venaient deux fois par jour et se rinçaient une demi-heure. Ceci est impossible dans une grande ville. Cela sera beaucoup plus commode si le patient se procure lui-même un appareil. Il faut d'abord que le dentiste enlève le tartre et donne par une pièce de prothèse une aide aux dents surmenées. Alors la cure de rinçage peut commencer. Le rinçage ne prend pas de temps, parce

que le patient peut effectuer chez lui en faisant ses travaux. Il faut qu'il visite alors son dentiste qui reconnaît bientôt par la couleur des gencives où se trouve encore du tartre. La guérison n'est possible qu'après l'ablation du tartre. Il n'est pas possible de donner l'eau de rinçage au patient parce que les unités d'émanation de radium descendent après peu de jours à la moitié et perdent leur effet. Un appareil de rinçage à la maison rendra service à tous, parce que le rinçage purifie la bouche. Le maniement en est très simple. L'appareil est rempli d'eau fraîche tous les jours. Le liquide n'est pas perdu si on le verse dans un verre bien fermé. On peut l'employer pour une injection nasale ou pour lavages de la peau.

Je crois que la plupart des spécialistes obtiennent de remarquables résultats par le traitement convenable au radium. Mais la spécialité dentaire a des avantages sur les autres spécialités. On y peut obtenir de grands résultats par les émanations de radium les plus faibles, parce qu'on peut les mouvoir dans la bouche.

Certainement le rhinologiste et le laryngologiste peuvent traiter les maladies du nez ou faire des rinçages pour une suppuration du maxillaire et l'oculiste peut l'employer pour la dilatation du canal lacrymal et contre l'inflammation de la conjonctive.

Le gynécologiste exécutera des rinçages d'émanation faibles de radium dans le cas de maladies de l'utérus, où il retiendra le liquide un certain temps dans l'utérus. On connaît les succès des dermatologistes avec le radium. Mais la situation la plus favorable se trouve pour les dentistes, parce qu'on peut mouvoir le liquide longtemps dans la bouche.

Le liquide puisé dans l'appareil de rinçage est utilisable à la maison. On peut l'employer pour purifier les brosses à dents, les éponges ou les pièces dentaires pendant la nuit.

Tandis que les médecins sont en état d'attendre de grands succès par l'application du radium à la guérison du car-

cinome, nous autres dentistes nous serons bien contents de pouvoir les aider de nos petits moyens.

La science marche toujours, mais elle est aussi internationale. J'ai l'intention de prier M. le Prof. Trauner d'accepter la présidence d'une association de dentistes pour l'Autriche-Hongrie.

M. Trauner a droit à toute notre reconnaissance. Il sera le président d'honneur de l'Association du radium de tous les pays. J'essaierai d'établir l'Association en Allemagne. Les autres pays suivront mais c'est ici, dans cette ville où Pasteur fit ses belles découvertes, et où travaillent ses successeurs illustres et principalement Mme Curie, que je voudrais voir se fonder l'Association dentaire internationale du radium.

REVUE DES REVUES

CONSIDÉRATIONS SUR L'ANESTHÉSIE RÉGIONALE DANS LA MACHOIRE INFÉRIEURE[1]

Par PEHR GADD, de Helsingfors (Finlande).

(*Travail de la clinique chirurgicale de Helsingfors*).

Quiconque s'est occupé de l'anesthésie locale des mâchoires humaines a sûrement fait l'expérience que la méthode, employée généralement autrefois, d'anesthésie terminale par pression ou infiltration aboutit le plus souvent, on peut presque dire toujours, au résultat voulu : l'anesthésie complète, quand on l'applique à la mâchoire supérieure ; au contraire, pratiquée sur la mâchoire inférieure, spécialement quand il s'agit d'insensibiliser la région des molaires, et aussi, dans une certaine mesure, des bicuspides, cette méthode échoue assez souvent. Ce fait s'explique tout naturellement par les différences de structure des deux mâchoires. La mâchoire supérieure offre, comme on le sait, sur presque toute son étendue une structure spongieuse, et ne présente qu'une mince couche corticale assez abondamment traversée de canalicules et de petits trous dont le nombre augmente sensiblement dans la région alvéolaire, comme l'a montré *Fischer*. L'anatomie de la mâchoire inférieure est toute différente : la couche corticale y est fortement développée. C'est seulement dans la région de la « fossa canina » que l'on rencontre, ainsi que l'a montré *Bardeleben*, un nombre variable de « foramina mentalia » qui livrent passage à des vaisseaux sanguins et aussi à des filets nerveux. Outre cette région, celle de la spina mentalis interna est la seule où l'on trouve des trous de quelque importance, communiquant avec le canal mandibulaire. Tout le reste de la mâchoire inférieure est à peu près imperméable à l'injection. C'est seulement par le foramen mandibulare, où le nerf mandibulaire pénètre dans la mâchoire inférieure, et par le foramen mentale ou le foramen mentale accessorium que nous pouvons atteindre directement le tronc nerveux lui-même et avoir ainsi le plus de chances de produire l'anesthésie cherchée.

C'est pour ces raisons que, dans l'odontologie, l'anesthésie régionale a trouvé ses *applications de beaucoup les plus nombreuses* quand il

---

1. D'après une conférence à la vingtième séance annuelle de la Société des Dentistes de Finlande, le 7 décembre 1912.

s'est agi d'insensibiliser la mâchoire inférieure en tout ou partie. En général l'injection est faite de l'intérieur de la bouche. Le manuel opératoire est généralement connu ; *Fischer* le décrit en détail dans son grand travail sur l'anesthésie locale d'une façon si complète et si claire qu'il n'y aurait guère à y ajouter.

Les données les plus anciennes sur l'anesthésie régionale du nerf mandibulaire se trouvent, autant que j'ai pu voir, chez *Hallstedt* et *Raymond*[1] en 1885. Mais depuis lors les méthodes et la technique ont été sensiblement étendues et améliorées. Ce sont les noms de *Schleich*, *Braun* et *Krogius* que l'on rencontre d'abord ; mais c'est chez *Michel* (1908) qu'apparaît pour la première fois une technique basée sur des mensurations anatomiques systématiques de la mandibule et de ses foramens ; cette technique a été amenée à l'état actuel par les recherches de *Bünte* et *Moral* (1909) et de *Fischer* (1911).

Le procédé incontestablement le plus fréquent et le plus simple d'anesthésie mandibulaire consiste en injections faites de l'intérieur même de la bouche. Mais l'expérience a montré que dans certains cas, d'ailleurs rares, par exemple, dans les ankyloses très prononcées[2], la méthode est inapplicable ; en outre elle ouvre la porte, dans tous les cas d'infection grave de la cavité buccale, à des complications sérieuses. C'est ce qui me suggéra l'idée de chercher à atteindre le tronc nerveux par des injections faites du dehors, et d'éviter ainsi à la fois les difficultés techniques en cas d'ankylose et le danger d'infection. J'appris à la même époque que l'anesthésie mandibulaire par le dehors était déjà appliquée depuis quelque temps à la policlinique chirurgicale de Helsingfors, sans que j'aie pu arriver à savoir qui avait d'abord introduit cette méthode dans la pratique.

Sur l'invitation de mon ami le Dr *Gonnar Nystrom* et avec son concours bienveillant, je commençai au mois de septembre de cette année une série d'essais en vue d'étudier la possibilité d'employer cette méthode. Ces essais ont été effectués en majeure partie à la policlinique chirurgicale, et avaient généralement pour objet l'anesthésie pour une extraction de dent. Je saisis l'occasion d'adresser au directeur de l'hôpital, M. le Prof. *Krogius*, mes sincères remerciements pour la complaisance avec laquelle il m'a ouvert la policlinique en vue de ces recherches.

L'idée d'atteindre le tronc nerveux par le dehors dans l'anesthésie mandibulaire n'est pas nouvelle, comme je l'ai appris au cours du

---

1. Cité d'après *Bünte* et *Moral*.

2. *Pechert* propose, il est vrai, en cas d'ankylose, d'employer des canules allongées, fixées à un coude solide et allongé de la seringue. Mais il paraît difficile de manier une seringue ainsi montée ; de plus, l'opérateur ne peut pas s'orienter. Dans un cas comme celui mentionné ci-dessus la voie externe me semble donc offrir des avantages importants.

travail. *Pechert* a en effet publié (1908) une méthode d'insensibilisation du nerf mandibulaire par le côté *dorsal*. La méthode, si suggestive qu'elle soit en théorie, se heurte pourtant dans la pratique à des difficultés assez graves. Il s'est trouvé qu'il était très difficile d'introduire l'aiguille d'injection dans la bonne direction entre l'os et le sterno-cléido-mastoïdien, l'aiguille ayant une tendance à glisser trop loin dans la ligne médiane. L'opération est impossible avec une aiguille droite ; aussi les partisans de la méthode recommandent-ils des canules recourbées faites d'un alliage de platine et d'iridium. A ma connaissance cette méthode n'a été appliquée qu'à titre d'essai, en raison probablement de ces difficultés techniques. A part *Pechert* il n'y a que *Frohmann* qui dans certains cas injecte du dehors (dans la mâchoire supérieure par le foramen infraorbitale). Les autres auteurs paraissent faire tous leurs injections par la cavité buccale.

Avant de passer aux indications pour l'anesthésie mandibulaire ou mentonnière et à la technique elle-même, je crois devoir rappeler quelques remarques anatomiques.

En ce qui concerne le foramen mandibulare, *Michel*, comme il a été dit plus haut, a essayé par des mensurations effectuées sur un certain nombre de crânes, d'en déterminer la position par rapport aux bords inférieur, supérieur, antérieur et postérieur de la branche ascendante de la mâchoire inférieure ; il a mesuré à cet effet la distance du foramen à l'incisura semilunaris, à l'angulus et aux bords antérieur et postérieur du ramus. Les moyennes trouvées sont :

Distance du foramen mand.	à l'incisura similunaris	22 mm
— — —	à l'angulus	27 mm
— — —	au bord antérieur du ramus	15 mm
— — —	— postérieur —	13 mm

Pechert donne pour la distance du foramen au bord antérieur du ramus, en se basant sur des mesures faites par lui, 16 mm. ; la différence n'est donc que de 1 mm., écart à peu près insignifiant dans la pratique.

Bünte et *Moral*, de leur côté, ont cherché à déterminer la position du foramen mandibulare par rapport aux dents de la mâchoire inférieure. Ils partaient d'une « ligne normale » commençant au point de contact des incisives inférieures centrales, se continuant jusque par la partie distale de la fissure longitudinale de la dernière molaire, et prolongée idéalement jusqu'au foramen mandibulare. La position du foramen par rapport à cette ligne normale fut ensuite mesurée sur des crânes. Le résultat fut que, chez l'adulte, le foramen est en moyenne à 5 mm. environ au-dessus de cette ligne normale ; chez l'enfant au-dessous de 5 ans la distance n'est que de 1 mm. Il n'y a pas de chiffres exacts pour les différents âges ; mais les auteurs précités remarquent que, « au cours du développement, le foramen remonte, et relativement d'autant plus que l'individu est plus jeune ».

Merkel s'exprime ainsi : « On peut, d'après l'observation exacte de

Richet, déterminer aussi la situation de l'ouverture chez le vivant, en tirant une ligne du tragus jusqu'à la limite antérieure inférieure du masséter, et en prenant le milieu de cette ligne ».

Quant au foramen mentale, *Gruber* publie les tableaux suivants, basés sur « 279 mâchoires inférieures de jeunes gens et d'adultes dont le limbus alveolaris était entièrement conservé ».

Foramina mentalia (d'apr. *Gruber*)

POSITION	DES DEUX COTÉS	A DROITE	A GAUCHE
Dans la ligne verticale menée par le septum alveolare entre la canine et la 1re prémolaire.	1	»	»
Sous l'alvéole de la 1re prémolaire.	24	»	2
Dans la ligne verticale menée par le septum alveolare entre la 1re et la 2e prémolaire.	102	3	14
Sous l'alvéole de la 2e prémolaire.	112	14	1
Dans la ligne verticale menée par le septum alveolaire entre la 2e prémolairé et la 1re molaire.	6	»	»
	245	17	17
		279	

Comme il ressort de ces tableaux, le foramen mentale (je néglige entièrement le foramen mentale accessorium, sans importance pratique), se trouve le plus souvent, chez l'adulte, sous la seconde prémolaire ou entre cette dent et la première molaire, plus rarement sous cette dernière. En outre, il faut observer que, chez l'enfant, le foramen mentale est généralement un peu plus rapproché du milieu de la mâchoire que chez l'adulte. Tandis que chez l'enfant le foramen est, dans environ 60 °/o des cas, situé sous la première molaire (de lait), nous voyons que, chez l'adulte, ce fait (sous la 1re prémolaire) ne se présente que dans 6 °/o des cas.

Bünte et *Moral*, qui ont mesuré aussi un certain nombre de mâchoires inférieures (100) pour déterminer la position mentale, résument les résultats obtenus dans le tableau suivant :

FORAMINA MENTALIA (d'apr. *Bünte* et *Moral*).

	Entre canine de lait et 1re molaire de lait ou entre canine et 1re prém.	Sous la 1re mol. de lait ou la 1re prémol.	Entre I et II mol. de lait ou I et II prém.	Sous la 2e mol. de lait ou la 2e prém.	Sous la 1re molaire
Enfants	13 o/o (exact. 13.333 o/o)	60 o/o (exact. 59.999 o/o)	27 o/o (exact. 26.66 o/o)		
Adultes	»	6 o/o (exact. 5.882 o/o)	48 o/o (exact. 48.221 o/o)	46 o/o (exact. 45.81 o/o)	

En ce qui concerne la position du foramen dans le plan horizontal, c'est-à-dire sa distance au bord alvéolaire respiratoire à la base de la mandibule, *Bünte* et *Moral* donnent le tableau suivant :

	A PARTIR DU BORD ALVÉOLAIRE	A PARTIR DE LA BASE
Enfants	9 mm (exactem. 9.215 mm) 5.5 — 15 mm[1]	7 mm (exact. 6.75 mm) 4.5 — 9 mm
Adultes	14 mm (exact. 14.283 mm) 4.5 [2] — 22 mm	14 mm (exact. 14.109 mm) 2.5 [3] — 18 mm

Comme on le voit, le foramen mentale se trouve ordinairement à égale distance du bord alvéolaire et de la base de la mandibule. D'après *Hïebner*, la distance à partir du bord de la mâchoire ne serait que de 12 mm. Les grandes variations que montrent les tableaux de *Bünte* et *Moral* s'expliquent par la forte atrophie de la mâchoire qui se produit chez les vieillards après la perte des dents.

INDICATIONS EN FAVEUR DE L'INJECTION PAR LES DEUX FORAMENS.

Dans quels cas doit-on faire une injection non seulement au foramen mandibulaire (dépôt principal), mais encore au foramen mentale ? Au cas où la région d'opération se trouve entre le foramen mandibulare et le foramen mentale du même côté, j'ai trouvé inutile, au contraire de *Schleich*, qui injecte aussi au foramen mentale du même côté, de faire l'injection ailleurs qu'au foramen mandibulare, puis-

1. La troisième ligne indique les écarts extrêmes dans les deux sens.
2. Vieillards.
3. Femme de 94 ans.

que cette injection annihile les fonctions des terminaisons du nerf mandibulare et du nerf lingual. Le domaine insensibilisé s'étend d'ordinaire jusqu'à la région de la 1re prémolaire, mais peut atteindre dans quelques cas l'incisive latérale du même côté. Les parties correspondantes de la peau peuvent montrer aussi une sensibilité très amoindrie, qui peut aller jusqu'à l'insensibilité complète aux piqûres. Par contre j'ai observé aussi, bien que rarement, que les parties de la gencive situées sur le côté de la 1re prémolaire et des 2 premières molaires (fig. 1) ne se laissent pas insensibiliser par cette seule injection au foramen mandibulare. Mais en faisant dans cette région un dépôt insignifiant on a toujours obtenu une anesthésie complète.

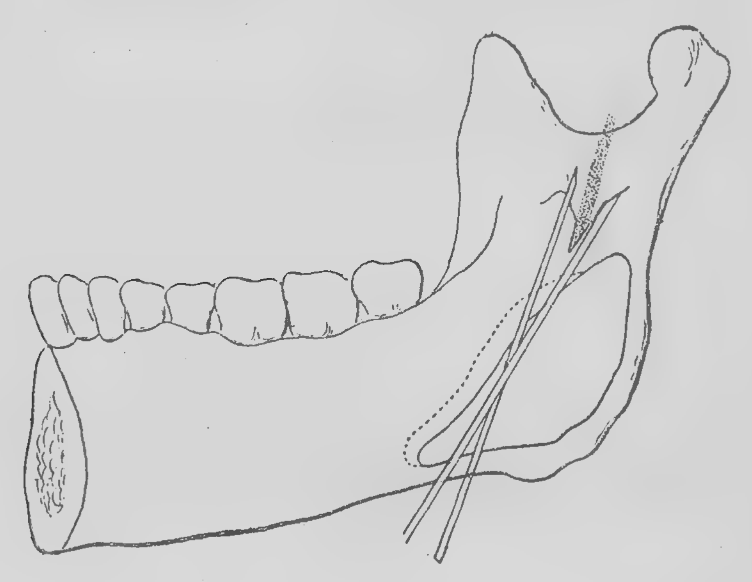


Fig. 1.

Ce domaine de la gencive (partie striée sur la fig. 1) est en effet innervé par le nerf buccinateur, une des premières branches qui se détachent du troisième rameau du nerf trijumeau. Ce nerf, qui court le long de la surface latérale du muscle buccinateur, envoie par ce muscle de fines terminaisons à la muqueuse de la joue, à la peau des commissures et enfin à la région gingivale précitée (à côté de prémol. I et de molaires I et II).

Williger a proposé, par une injection de quelques gouttes près du canal du Sténon, d'annihiler le fonctionnement de ces terminaisons nerveuses.

Si au contraire la région d'opération s'étend en tout ou partie plus vers le milieu de la mâchoire, au delà de la ligne moyenne du foramen mentale, pratiquement au delà de la première prémolaire, il est

nécessaire de faire un dépôt d'injection au foramen mentale de l'autre côté pour arriver à l'anesthésie complète, parce qu'on annihile ainsi les anastomoses nerveuses éventuelles de l'autre côté. Enfin, s'il ne s'agit d'insensibiliser que la partie moyenne de la mâchoire, il suffit dans la plupart des cas de faire les injections au foramen mentale des deux côtés. Si la muqueuse de la face interne doit être atteinte par l'opération, il faut naturellement y faire aussi un dépôt[1] pour agir sur les terminaisons du nerf lingual qui s'étendent dans la muqueuse tout le long de la face interne de la mâchoire, surtout dans la région des incisives, et qui innervent le périoste de ces régions ; selon toute vraisemblance le nerf lingual envoie aussi dans la région des dents de devant des terminaisons nerveuses dans l'os lui-même, et ces terminaisons peuvent s'y anastomoser avec les terminaisons du nerf alvéolaire. Dans toutes les interventions opératoires concernant la région du devant (et aussi dans le traitement conservateur) il faut donc aussi tenir compte du nerf lingual.

Enfin je ferai remarquer qu'on doit se garder d'injecter dans le foramen mandibulare des deux côtés à la fois, les difficultés de déglutition qui en résulteraient éventuellement pouvant prendre un caractère menaçant.

L'ANESTHÉSIE MANDIBULAIRE PAR LE DEHORS.

Dans mes injections d'essai par le dehors j'ai procédé de la façon suivante :

Je cherche d'abord avec l'index de la main gauche, sur le bord inférieur de la mandibule, la place où l'artère maxillaire externe franchit le bord de la mandibule et remonte le long de la limite antérieure du muscle masséter. On sent souvent l'artère, surtout chez des personnes maigres, très distinctement sous le bout du doigt. La peau ayant été désinfectée soigneusement à la teinture d'iode, j'entre l'aiguille à mi-distance entre ce point et l'angle de la mandibule, plutôt un peu plus en arrière que plus en avant. Le patient doit naturellement (surtout s'il s'agit d'une personne ayant le cou extraordinairement court) essayer de pencher la tête du côté opposé, pour que la seringue (j'ai employé des seringues record ordinaires[2] non coudées) ne soit pas dérangée de sa position exacte par l'épaule du patient. La pointe de la seringue est poussée alors en pente faible vers le haut et l'arrière, tandis qu'on injecte un peu de liquide (fig. 2) ; en aucun cas, la pointe ne doit perdre le contact de l'os. Aussitôt après son entrée dans la chair, l'aiguille touche contre une région osseuse relativement rugueuse, servant d'attache au muscle ptérygoïdien interne. On pousse

---

1. Il ne faut pourtant pas, comme on l'a souvent proposé, injecter sous le périoste, car « jamais, à aucun endroit du corps, il n'est besoin d'injections sous-périostales pour insensibiliser le périoste ». (Braun, 1912.)

2. Les aiguilles doivent être aussi fines que possible.

prudemment jusqu'à ce que l'aiguille ait dépassé cette zone et touche à la partie lisse de l'os ; quelques millimètres plus loin on est au but. La distance totale du point de la piqûre au foramen mandibulare est d'environ 30 mm., y compris naturellement les parties molles. Arrivé à ce point, j'injecte 1 à 1, 5 cm³ (de solution de novocaïne à 2 °/₀) ; je retire ensuite un peu la canule et la renfonce un peu plus vers la ligne

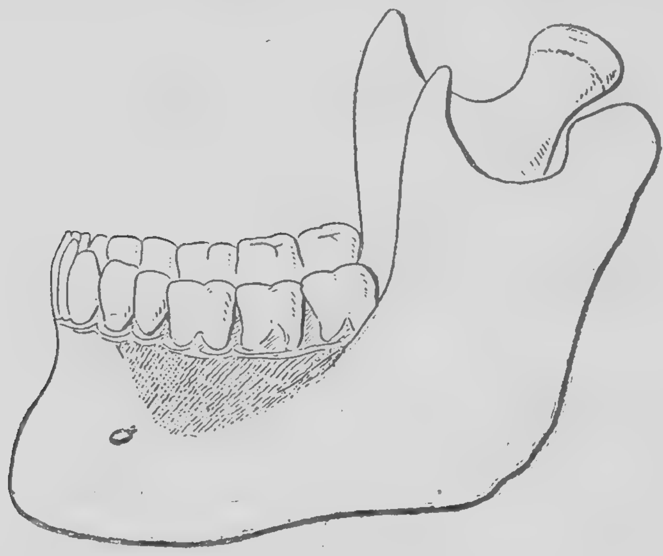


Fig. 2.

médiane et en avant, et surtout un tout petit peu plus haut, et j'injecte à nouveau 0,5, exceptionnellement 1 cm³. Cette seconde injection est spécialement nécessaire dans les cas où l'on désire étendre l'anesthésie au domaine du nerf lingual. Comme on le sait, ce nerf, après s'être détaché du nerf mandibulaire, court vers le bas et en avant, et surtout un peu plus vers le milieu.

Si cette intervention se fait en vue d'un traitement conservateur, l'anesthésie mandibulaire suffit naturellement à elle seule. Pour les extractions on doit aussi prendre en considération le domaine du nerf lingual, et s'il s'agit d'extraire des molaires ou prémolaires, il faut, comme dans les autres anesthésies mandibulaires, annihiler le nerf buccinateur par un dépôt insignifiant dans la gencive à côté de la première molaire. Si l'intervention se fait en avant du foramen mentale du même côté, on doit injecter un peu au foramen mentale de l'autre côté. Cette dernière injection, dont je n'ai eu besoin que dans quelques rares cas, a été faite, à une exception près, dans la bouche.

J'entends déjà l'objection : si l'on injecte à la fois par le dedans et par le dehors, la méthode perd toute sa raison d'être. Théoriquement, peut-être ; mais dans la pratique c'est tout autre chose de transporter

des bactéries virulentes jusqu'au foramen mandibulare ou d'infecter superficiellement la gencive, par un petit dépôt d'injection en admettant qu'il se produise vraiment une infection. Enfin, s'il y a dans la bouche une infection de nature à faire juger dangereuse l'injection du foramen mentale par le dedans, on peut la faire par le dehors, pourvu qu'on veille à piquer en avant de l'artère maxillaire externe. Je n'ai tenté cette méthode que dans un seul cas, du reste avec un très bon résultat.

Je n'ai pratiqué jusqu'ici l'anesthésie mandibulaire que dans 94 cas [1]. Les matériaux sont donc jusqu'ici trop peu nombreux pour justifier des conclusions un peu étendues. Cependant je n'ai pas hésité à présenter dès maintenant les résultats de ces recherches peu étendues, dans l'espoir que quelques confrères voudront essayer la méthode dans des cas convenables, et publier ensuite les résultats obtenus, pour mettre le problème en discussion.

Sur mes 94 cas, 89 ont entièrement réussi. Dans cinq cas (dont 3 au début de la série) les patients ont déclaré ressentir de la douleur. Dans 92 cas il s'agissait d'anesthésie pour extraction. Pour le traitement conservateur je n'ai employé jusqu'ici la méthode que dans deux cas, où il s'agissait d'extirpation de la pulpe de molaires. Sur les 92 extractions, la grande majorité (89 cas) concernait des prémolaires ou des molaires, 6 seulement des incisives ; il n'y a pas eu de cas d'extraction de canines.

Dans tous les cas d'anesthésie mandibulaire on doit régler le chemin suivi sur l'âge du patient. Si l'injection se fait par la cavité buccale, la piqûre étant alors faite environ 1 cm. au-dessus de la face supérieure des molaires, la seringue doit être penchée sur la canine et la première prémolaire de l'autre côté, pour que l'aiguille ne perde pas le contact avec l'os. Chez un patient jeune la pointe doit être poussée un peu vers le bas, chez les adultes un peu vers le haut, chez les vieillards enfin assez droit. En cas d'anesthésie mandibulaire par le dehors, nous devons en conséquence pousser l'aiguille chez l'adulte un peu plus haut que chez un patient jeune. Je répète que la distance du foramen mandibulaire au bord inférieur de la mandibule est de 7 mm., la distance au bord antérieur de la branche ascendante de 15-16 mm., non compris bien entendu les parties nobles.

Tandis que *Rosenberg* recommande « l'anesthésie connexe » du nerf lingual, *Bünte* et *Moral* la rejettent en faisant valoir que le patient, si le nerf lingual est insensibilisé, se mord souvent la langue gravement sans le remarquer. Pour ma part je n'ai pas observé de cas semblable. Si l'anesthésie est faite en vue d'un traitement conservateur et non d'une extraction, le point de vue *Bünte* et *Moral* se

---

1. J'ai compris dans ma statistique deux cas que j'ai vu traiter par MM. *Järvinen* et *Suellman*, externes à la Policlinique chirurgicale.

justifie entièrement, parce que l'intervention n'atteint que les terminaisons du nerf mandibulaire et non celles du nerf lingual, sous certaines réserves en ce qui concerne la région de devant. Si donc on veut exclure de l'anesthésie le nerf lingual, on ne doit pas, si l'on injecte en partant de la bouche, suivre la règle de *Reclus* d'injecter aussitôt après la piqûre, mais plutôt chercher à atteindre le nerf mandibulaire avant de commencer l'injection elle-même, de manière à tourner le nerf lingual. Si au contraire on injecte du dehors, la situation est tout autre. On atteint le nerf mandibulaire avant le nerf lingual, et il semble qu'on ait en ce cas avantage à suivre la règle de *Reclus*.

Quant à l'intervalle à laisser entre l'injection et l'intervention, *Bünte* et *Moral* indiquent, en cas d'anesthésie mandibulaire 10 à 15 minutes pour les enfants et 15 à 20 minutes pour les adultes. Pour ma part, j'ai cependant fait l'expérience que, plus on attend, mieux on s'en trouve. Des cas qui, après 15 à 18 minutes, manifestaient encore une réaction nette à la douleur ont pu, après une nouvelle attente d'environ 10 minutes, être opérés sans la moindre trace de douleur. Je voudrais donc fixer le temps d'attente à 20-25 minutes ; en aucun cas il ne faut intervenir avant 20 minutes environ.

L'expérience a montré que le choix de la substance injectée joue un rôle relativement secondaire, pourvu qu'on remplisse les conditions fondamentales d'isotonie, d'action toxique relativement faible et de stérilité complète.

Dans mes expériences j'ai employé les tablettes de novocaïne suprarénine B mises dans le commerce par la maison Farbwerke vorm. Meister Lucius et Brüning ; elles contiennent 0,1 gr. de novocaïne et 0,00025 gr. de suprarénine.

A l'aide de ces tablettes, dissoutes dans une solution, stérile et sans trace de soude, de sel marin à 0,6 % avec une addition de trois (3) gouttes d'acide chlorhydrique dilué par litre, je me suis préparé une solution à 2 % ; dans quelques cas, j'ai employé une solution à 1,5 %.

Dans l'anesthésie mandibulaire, j'ai injecté ordinairement 2, dans quelques rares cas 3 cm³. *Frohmann* fait remarquer que la quantité injectée ne doit pas être trop faible (il va lui-même jusqu'à 5 cm³ pour l'anesthésie mandibulaire) « parce qu'on accroît ainsi les chances de baigner entièrement le tronc nerveux ». Cependant, je n'ai jamais cru avoir besoin de plus de 3 cm³.

De plus, j'ai commencé à employer les solutions de novocaïne un peu réchauffées, l'expérience ayant montré que les patients les supportent mieux que les solutions froides [1].

---

1. C'est un point déjà signalé par M. Jeay dans son *Etude sur l'anesthésie régionale* que nous avons publiée dans nos numéros de juillet à septembre 1911 et que nous regrettons de ne pas voir citer par l'auteur. D'ailleurs, en dehors des Travaux de Reclus, l'auteur paraît ignorer tous les articles français traitant ce sujet. N. D. L. R.

Je me permets de rappeler que les seringues, si elles sont stérilisées dans une solution de soude, ne doivent pas être employées avant des lavages répétés à l'eau stérilisée ou à la solution physiologique de sel marin ; sans cette précaution la soude précipite la novocaïne.

A raison de sa faible toxicité et de la propriété qu'elle présente de ne pas irriter les tissus, la novocaïne semble maintenant avoir en très grande partie supplanté la cocaïne. La dose normale de novocaïne est difficile à fixer, tant les données à ce sujet varient.

C'est ainsi que *V. Lichtenberg*[1] injecte dans différentes opérations en moyenne 50 à 60 cm^3 d'une solution à 1 o/o ; Axhausen[1] va jusqu'à 170 cm^3, et a même injecté jusqu'à 200 cm^3 (= 2,0 gr. de novocaïne); Braun indique qu'il injecte souvent 1,5 gr. de novocaïne en solution à 0,5 — 1,5 o/o.

Si l'on emploie une solution à 2 o/o on ne doit pourtant pas dépasser 20 à 25 cm^3. Il ressort donc de là avec toute la netteté désirable que la quantité de novocaïne employée dans une anesthésie mandibulaire (2 à 3 cm^3 d'une solution à 1,5 ou 2 o/o) doit être regardée comme absolument inoffensive.

Pour être complet, je citerai cependant *Liebe*[1], qui a fait sur lui-même une injection sous-cutanée de 0, 75 gr.de novocaïne. Il décrit l'empoisonnement par la novocaïne de la façon suivante : quatre minutes après l'injection sensation singulière de chaleur, faibles maux de cœur et nausées ; quelques minutes plus tard surdité, bourdonnements d'oreille, troubles de l'accommodation ; après 53 minutes retour à l'état normal. *Klein*[2] a observé dans cinq cas de la pâleur, un ralentissement du pouls, une sensation de chaleur brûlante dans le corps, des douleurs abdominales et de la surdité. *Cieszynski*[1] indique comme symptômes de la fatigue et de la somnolence, dans quelques rares cas de la difficulté de respirer et des maux de tête.

La suprarénine introduite par *Fürth* passa d'abord pour n'agir que comme vaso-constricteur, et par suite anémiant (*Braun*). L'exaltation extraordinaire du pouvoir anesthésique de la novocaïne (éventuellement de la cocaïne) produite par une addition insignifiante de suprarénine doit donc dans une certaine mesure être comparée par exemple à la compression d'une extrémité pendant les opérations faites sur cette partie du corps. *Esch* a réussi pourtant à montrer, même dans des expériences sur des animaux,que, si l'on interrompt la circulation, une addition insignifiante de suprarénine accroît notablement l'action anesthésique de la novocaïne (ou de la cocaïne et de l'alypine), tandis que la suprarénine seule ne produit pas du tout l'anesthésie. *Scheff* s'exprime dans le même sens.

---

1. Cité d'après *Braun*.
2. Cité d'après *Euler*.

Quant à savoir si et dans quelle mesure le produit anglais « adrénaline » surpasse le produit synthétique allemand suprarénine, comme certains confrères ont cherché à le montrer, c'est une question non encore éclaircie. La suprarénine est un composé très instable, qui ne se maintient que peu de temps en solution, et les solutions doivent de préférence n'être faites que selon le besoin.

Pour ce qui est enfin de la dose, on emploie en anesthésie locale des solutions si étendues (le plus souvent 1 : 100.000) qu'on doit les regarder comme à peu près inoffensives, pourvu qu'on emploie un produit absolument stérile et qu'on se serve de solutions fraîchement préparées.

Les effets accessoires de la suprarénine, d'après *Euler*, qui a expérimenté des quantités très variables de suprarénine dans ses solutions de novocaïne, seraient principalement de la pâleur, des battements de cœur, de l'accélération du pouls, de l'anxiété, des évanouissements plus ou moins longs et des sueurs.

D'une façon générale mes injections d'essai ont eu un cours assez simple, sans autres complications que, dans quelques cas, des symptômes d'intoxication *légers et passagers* (2 à 6 min.), consistant en pâleur, faible vertige, un peu d'accélération du pouls, et dans quelques rares cas des maux de tête et de cœur. Dans un cas j'ai remarqué une forte sueur chez un patient très anémique (homme). En général les femmes ont supporté les injections mieux que les hommes. Je n'ai pas vu de symptômes vraiment menaçants depuis que j'ai remplacé la cocaïne par la novocaïne.

Je ne veux cependant pas passer sous silence un petit malheur, un cas d'hématome du bord inférieur de la mâchoire, provenant, selon toute probabilité, de ce que la pointe de la seringue avait perdu le contact avec l'os et pénétré trop avant dans les parties molles. Mais l'hématome se résorba en deux jours. Je n'ai jamais constaté moi-même d'hématome sur le plancher de la cavité buccale ; dans la littérature technique on en trouve mentionnés çà et là dans des cas d'anesthésie par infiltration. Ils passent pour particulièrement pénibles pour le patient, surtout quand il doit parler ou avaler.

Comment expliquer les cas (cinq) où l'anesthésie a complètement fait défaut ?

On peut admettre comme certain que la plupart des cas, spécialement au début de la série, ont tenu à des fautes de technique. Il peut en être de même des deux derniers ; pourtant il y a bien d'autres circonstances qu'on peut invoquer comme explication : anomalies de la mâchoire, soit congénitales, soit acquises, teneur du liquide injecté et surtout état psychique du patient : la crainte, l'anxiété, les douleurs, les insomnies précédentes, pour ne signaler que les troubles

accidentels les plus fréquents, sont souvent tels que le sujet ne peut pas se rendre compte lui-même s'il a souffert véritablement ou non, sans parler de la possibilité de vraies psychoses.

On a souvent signalé comme le revers de la médaille, dans l'anesthésie mandibulaire, les inconvénients suivants: les difficultés de la technique au début ; le fait que l'opération elle-même (extraction, provoque une hémorragie plus forte que l'anesthésie terminale, l'apparition éventuelle d'une gêne assez douloureuse à la déglutition et d'une ankylose[1], et parfois d'une surdité temporaire. En outre on fait remarquer dans la littérature que l'on a observé dans des cas isolés, à la suite de l'anesthésie mandibulaire, une anesthésie de la région du nerf lingual persistant pendant quelques jours ou même quelques semaines, et provenant très vraisemblablement de ce que le tronc nerveux lui-même avait été lésé d'une façon ou de l'autre. Des cas de ce genre ont été décrits par *Kunert, Tebrick et Euler.*

Des complications très redoutées, issues d'une rupture de l'aiguille à injection dans l'anesthésie mandibulaire, ont été décrites par *Williger* et *Bade.*

Cependant l'anesthésie mandibulaire offre des avantages inappréciables en comparaison d'autres méthodes, par exemple en cas de processus inflammatoire de la mâchoire, où il est absolument nécessaire de tourner le foyer d'inflammation lui-même, pour éviter le danger de transporter avec l'aiguille à injection des bactéries virulentes dans les profondeurs des tissus. Dans toutes les anesthésies locales on a commencé à tâcher de faire les injections aussi loin que possible du foyer même du mal. Dans l'anesthésie terminale par pression, il n'est pas rare, surtout en cas de traitement conservateur, que la pulpe dentaire, par suite de la compression trop forte et prolongée, tombe en nécrose, ce qui peut être aussi le cas des parties molles environnantes. En outre, il se produit souvent dans la région opératoire elle-même une forte anémie qui peut augmenter le danger d'infection de la blessure.

Toutes ces difficultés sont tournées par l'anesthésie de transmission. On évite de même les hémorragies postérieures qui ne sont pas très rares avec la méthode terminale.

Pourtant il y a aussi des cas où l'anesthésie mandibulaire ne peut pas non plus être employée, par exemple dans les processus inflammatoires des parties (peau, derme, canaux lymphatiques, muscles et périoste) qui peuvent entrer en contact immédiat avec l'aiguille à injection. Dans ces cas il faut recourir à la narcose. Il en est natu-

---

1. L'auteur a fait procéder sur lui-même à une anesthésie mandibulaire, effectuée en observant toutes les précautions antiseptiques et aseptiques imaginables. Malgré tout, il s'est produit une gêne assez forte à la déglutition, qui dura environ deux jours, et une ankylose sensible, quoique faible.

rellement de même en cas d'ankylose absolue, au moins quand il est indispensable pour l'opération de produire une détente des muscles masticateurs.

Mon intention n'a pas été du tout de recommander la méthode externe ci-dessus décrite comme applicable dans tous les cas ; j'ai cherché seulement à montrer par cette étude que, dans les cas où l'anesthésie mandibulaire par l'intérieur ne peut être employée à raison des difficultés techniques ou du trop grand danger d'infection, l' « anesthésie mandibulaire par le dehors » nous offre une possibilité d'arriver, en tournant les difficultés qui se présentent, à un résultat identique : l'anesthésie complète dans la région du nerf mandibulaire, ou du nerf lingual.

REVUE ANALYTIQUE

Le noma.

Dans une étude sur le noma M. Curt Preskauer, de Breslau, rend compte des recherches bactériologiques auxquelles il s'est livré.

Dans les préparations colorées avec le violet de méthyle, puis avec le Gram et avec la méthode de Giemsa, il a trouvé outre la flore bactérienne habituelle (coccus, bacilles, spirilles etc.), des diplocoques et des streptocoques, mais particulièrement des staphylocoques.

Il s'y présente aussi de nombreux bâtonnets appartenant aux streptothrix, avec diverses variétés, depuis la forme courte et grosse jusqu'à celle des bacilles filiformes longs et ténus.

Une attention spéciale est due à quelques bâtonnets isolés présentant une forme semi-circulaire ou en V. Mais même à ce sujet on ne peut former un jugement sur un agent spécifique du noma, parce que les préparations en général présentent le type d'une infection mixte, comme c'est le cas dans la majeure partie des maladies de la bouche.

(*Deut. Mon. f. Zahn.*, déc. 1902.)

Relations entre les maladies buccales et les défauts de l'intelligence.

Depuis quelques années on s'est préoccupé des influences qui retardent le développement intellectuel de l'enfant, qui entravent ses études et l'on a constaté qu'un grand nombre de défauts physiques ont précisément cet effet.

C'est ainsi que les troubles glandulaires ont l'effet maximum (14,9 0/0), puis viennent en ordre décroissant les adénoïdes, les hypertrophies des amygdales et les maladies des dents (ces dernières, 5,9 0/0), tandis que les troubles ou défauts de la vue ne retardent pas le profit des études.

Les rapports entre les maladies des dents et une activité intellectuelle insuffisante ont été établis par le fait suivant : les dentistes de Cheveland (Etats-Unis) ont examiné un certain nombre d'enfants d'école, ont guéri leurs dents et, après cette guérison, ont examiné psychologiquement ces enfants avec les mêmes moyens que la première fois. Ces enfants ont donné une augmentation de 98 o/o collectivement ; isolément chaque enfant témoignait d'un profit plus grand de ses études.

A la section psychologique de l'Université de Pensylvanie, à Philadelphie, où l'on étudie spécialement ces questions sur des sujets des centaines d'observations sur les registres témoignent d'une relation intime entre les défauts physiques, les déviations intellectuelles et même les déviations morales.

Un enfant de cette section était incorrigible, personne n'en pouvait venir à bout. Il fut envoyé pour examen à la clinique odontologique de l'Université et le doyen de l'Ecole, M. Kirk, l'examina. Celui-ci

porta le diagnostic de *psychose d'origine dentaire* ou irritation nerveuse compliquée de phénomènes de chorée, qu'il attribua à une excitation nerveuse générale assez fréquente, dans la période du changement de dentition. Une dent fut extraite à cet enfant, qui changea tout à coup, devenant raisonnable et aimable. Après l'extraction des dents en surnombre, la correction d'un léger défaut visuel, le caractère du sujet s'améliora notablement ; aujourd'hui il est normal moralement.

Le prof. Upson de l'Université de Cheveland rapporte divers cas montrant bien les relations de cause entre la difficulté de l'éruption et autres maladies des dents avec la folie ; ces cas portent à penser que 'intervention dentaire chez les enfants donnent de bons résultats quant à l'amélioration du moral.

(*Dental Review,* janv. 1913.)

Avantages de la dent à tube dans les travaux à pont.

L'auteur recommande l'emploi de la dent à tube pour la construction des bridges. Elle satisfait aux conditions requises pour ce genre de travaux : solidité, interchangeabilité et esthétique, et permet de restreindre d'une façon sensible les insuccès dans les travaux à pont.

La qualité d'un pont monté avec des dents à tube dépend de l'emploi du procédé de coulage et de l'épaisseur des pivots sur lesquels doivent reposer ces dents. Un pivot mince, de même qu'un pivot soudé à la base, casse facilement et la solidité de la pièce tout entière se trouve ainsi compromise. On emploiera donc des dents sans tube de platine, parce que celles-ci permettent l'introduction d'un pivot assez épais. En outre, on modèlera la base et le pivot en cire sur l'articulation, les dents à tube étant placées dans la position qu'elles devront occuper plus tard et articulées. Il est très important de laisser monter la cire autour de la dent de façon qu'elle soit déjà fixée extérieurement et qu'une fois la pièce finie la pression se répartisse sur la base du pivot et les parties environnantes. Bien entendu, le côté frontal ne doit pas être renforcé aux dépens de l'esthétique. Après enlèvement de la dent, la base et le pivot sont coulés en une pièce. Quand la base est construite assez forte, une fracture du pivot est impossible, à condition qu'aucun défaut de coulage ne se soit produit. Les dents s'ajustent généralement sans meulage dans leurs logettes où elles sont cimentées. Je considère la fixation par le soufre comme très douteuse, car elle ne peut être considérée que comme provisoire et une dent branlante peut facilement être avalée. En observant exactement ces préceptes, l'emploi de dents à tube ne vous donnera que de la satisfaction.

(S. Lew, *Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde*, in *Laboratoire.*)

L'irradiation des douleurs de la dent de sagesse.

En résumé et comme conclusion, on peut dire que l'irradiation des douleurs de la dent de sagesse inférieure et leur localisation dans les dents antérieures peut s'expliquer par des causes locales de *compression ou d'infection* dans une région anatomique bien propice à ces

phénomènes et traversées par un tronc nerveux à organisation spéciale.

A cette cause locale de beaucoup la plus fréquente s'ajoute quelquefois une cause d'ordre général ou plutôt central. « Sous l'influence, en effet, des irritations prolongées et répétées, sous l'influence aussi, sans doute, d'une prédisposition personnelle, il se produit une réaction modificatrice, une altération des cellules centrales » (Mahé, *Traité de Stomatologie*) qui deviennent alors le siège réel et définitif de la douleur et localisent celle-ci à la périphérie d'une branche nerveuse, le nerf dentaire inférieur, dans le cas présent, pour donner, en somme, une variété de névralgie. Ainsi expliquée, cette localisation des douleurs de la dent de sagesse dans les dents antérieures répond dès lors parfaitement à l'une des variétés du syndrome névralgique où l'on peut distinguer :

1° Une forme simple, l'odontalgie, dans laquelle la douleur n'existe qu'au niveau de la dent malade.

2° Une forme irradiée dans laquelle la douleur est perçue à la fois dans la dent en cause et dans une région voisine ou dans un groupe de dents voisines.

3° Une forme enfin purement réflexe où la douleur est perçue dans une région plus ou moins éloignée ou dans une ou plusieurs dents saines, alors que d'autre part, la dent point de départ de ces douleurs n'est pas elle-même douloureuse.

(Therre, *Laboratoire*, 11 mai 1913.)

Sur la transmission de la fièvre aphteuse des animaux à l'homme.

M. Cadiot rappelle que cette transmission fut regardée comme douteuse depuis Rayer (1838) jusqu'en 1872, date de l'épizootie européenne, au cours de laquelle on constata de nombreux cas de transmission à l'homme. La transmission se fait le plus souvent par l'usage du lait cru provenant de vaches aphteuses, quelquefois par inoculation accidentelle chez les personnes qui examinent ou soignent des bêtes malades. Ces atteintes sont parfois graves, surtout chez des enfants. Tout porte à croire que la fièvre aphteuse ne conservera pas indéfiniment son actuelle gravité et que l'on reverra les épizooties bénignes.

La stérilisation du lait par l'ébullition ou le chauffage prolongé pendant quelques minutes à une température voisine de 100°, n'est pas recommandable, seulement comme moyen de préservation contre la fièvre aphteuse ou d'autres maladies spécifiques : elle constitue, en tout temps, une excellente mesure d'hygiène alimentaire, car le lait est un produit souvent malpropre, pouvant contenir des souillures de toutes sortes.

(Cadiot, *Acad. de Méd.*, 13 mai 1913, *Presse Méd.*)

A propos de la stomatite aphteuse.

M. V. Galippe renouvelle les réserves qu'il a formulées en 1902 sur l'existence de la stomatite aphteuse banale chez l'homme. En ce qui concerne la transmission à l'espèce humaine de la fièvre aphteuse des

bovidés, M. Galippe fait connaître les résultats de l'enquête à laquelle il s'est livré et qui confirment ceux de M. Cadiot sur l'extrême rareté de cette contagion, au moins dans notre pays. Etant donnée l'imprécision des caractères cliniques de la stomatite aphteuse banale chez l'homme, M. Galippe montre combien d'erreurs de diagnostic ont pu être commises par les médecins.

Etudiant la pathogénie des aphtes, M. Galippe montre quelle influence exercent sur leur apparition les états généraux héréditaires ou acquis. Il rappelle enfin l'histoire d'une de ces terribles épidémies d'angines aphteuses et gangréneuses qui, au XVIIIe siècle, ont ravagé certaines provinces françaises et ont légitimement porté le nom de choléra-morbus aphteux (Marteau de Grandvilliers). Ces épidémies se sont éteintes.

(GALIPPE, *Acad. de Méd.*, 13 mai 1913, *Presse Méd.*)

Traitement électrolytique de la névralgie du trijumeau.

Voici comment s'y prend M. Réthi, assistant du prof. Gerber (*Münch. med. Woch.*, n° 6), pour traiter, au moyen de l'électrolyse, les malades atteints de névralgie du trijumeau.

Une demi-heure avant l'opération, on fait une injection sous-cutanée de 0,01 centigramme de morphine. Naturellement, il est avantageux d'y associer la scopolamine quand la chose est possible. Un quart d'heure après, les téguments sont désinfectés à l'éther et à la teinture d'iode, puis l'auteur injecte à l'aide d'une seringue de Pravaz un centimètre cube d'eusémine au niveau du canal du nerf à influencer et dans la direction de ce canal.

Pour cela l'aiguille doit pénétrer dans le canal même : la moitié du contenu de la seringue est ainsi injectée aux environs du nerf, l'autre moitié étant laissée dans le tissu cellulaire sous-cutané.

On attend un quart d'heure et on introduit alors dans le canal l'aiguille qui représente la cathode. Cette aiguille ressemble tout à fait à celle qui sert pour l'épilation, avec cette différence qu'elle est extrêmement fine et que son extrémité libre ne mesure pas plus de trois quarts de millimètre à un millimètre de longueur.

Quant à l'électrode large et indifférente, elle se plie sur la moitié correspondante de la face. On laisse passer le courant et croître son intensité très lentement jusqu'à atteindre 20, 25, 30 milliampères. La durée de la séance doit durer quinze à seize minutes. Au bout de ce temps on diminue le courant et on finit par en suspendre progressivement le passage.

M. Réthi a obtenu d'exellents résultats avec cette méthode absolument anodine au point de vue cosmétique. L'efficacité serait plus certaine qu'avec les injections d'alcool, lesquelles dissolvent la substance du nerf sur une longueur d'un centimètre à un centimètre et demi.

L'auteur espère arriver à obtenir d'aussi beaux résultats dans le traitement de la dysphagie tuberculeuse, mais il n'en est encore qu'à ses premiers essais dans ce sens.

(*Bulletin Méd.*)

Pigmentation de la muqueuse buccale en dehors de la maladie d'Addison.

La pigmentation de la muqueuse buccale qui existe à l'état physiologique dans certaines races, Nègres, Hindous, Tziganes, Roumains, peut, en dehors de la maladie d'Addison, à laquelle elle doit toujours faire songer, exister dans certains états pathologiques.

Les saturnins, surtout les chroniques, présentent souvent une traînée gris bleuâtre sur le bord libre des gencives, au niveau du collet des dents (liseré de Burton), qui, dans certains cas, mis en évidence par Grisolle, Gubler, se décalque sur la muqueuse des lèvres et des joues, formant une raie noirâtre qui reproduit exactement les sinuosités du liseré ; quelquefois aussi ils présentent, mais plus rarement, des plaques ardoisées diffuses.

Dans le diabète bronzé, la pigmentation buccale existe environ dans un cinquième ou un sixième des cas, d'après Gouget, consistant en petites taches brunes, de la dimension d'une lentille à la face interne des lèvres, des joues et sur les bords de la langue.

Elle peut se présenter chez les tuberculeux, également sous forme de taches brunâtres de mêmes dimensions ; mais elle semble alors liée à une insuffisance surrénale légère curable par l'opothérapie. Enfin on l'observe dans certains cas de phtiriase, où elle se présente en même temps que la mélanodermie particulière à cette affection.

L'auteur a négligé de mentionner d'autres cas de pigmentation buccale ; les plaques jaunâtres que l'on rencontre, très rarement il est vrai, dans l'ictère ; les taches brunâtres des anciennes plaques leucoplasiques, indice d'une kératinisation plus avancée avec dépôts pigmentaires ; la coloration gris brun foncé, avec l'aspect pileux caractéristique de la « langue noire » ; enfin le tatouage gris bleuâtre produit par la pénétration, dans la muqueuse, de parcelles de poudre de charbon à la suite d'excoriations que peuvent faire les brosses à dents ; ce tatouage est relativement fréquent chez les personnes faisant usage de poudres dentifrices à base de poudre de charbon. C'est un liseré irrégulier, et les parcelles introduites pouvant cheminer dans le tissu gingival, il peut se former des plaques bleuâtres en divers points de la muqueuse.

Il y a donc lieu de ne pas considérer d'une façon trop absolue la pigmentation buccale comme un signe pathognomonique de la maladie d'Addison, et en particulier de ne lui accorder qu'une valeur relative au point de vue du diagnostic différentiel entre cette affection et le diabète bronzé.

(HERPIN, *Gaz. des Hôpitaux,* d'après ALEXEIEFF.)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Restauration au moyen d'amalgames de racines brisées. — Employer pour la rétention des vis de laiton à tête plate. Cimenter la vis dans la racine et tasser l'amalgame autour, avec ou sans matrice et faire le contour. Par ce moyen les racines cariées au-dessous du bord gingival peuvent être restaurées de telle manière qu'elles peuvent servir de points d'appui pour des bridges. La vis de laiton n'adhère pas au mercure dans l'amalgame. Ce procédé convient surtout aux molaires du bas, en insérant la vis dans la racine distale. Les n[os] 1 et 2 sont les dimensions les plus convenables, la longueur de 9 mm. à 12 mm., suivant le cas. *(Dent. Summary.)*

Coulage des couronnes Richmond. — La racine une fois préparée pour la couronne, brunir contre la racine un morceau d'or pur du 36 de la jauge, obtenir un contour parfait de la racine sur l'or, enlever et façonner à la forme de l'or ; remettre en place et ajuster un crampon de platine iridié dans la racine, en l'enfonçant dans l'or ; avoir un crampon assez long pour s'étendre jusque dans la couronne de porcelaine ; employer des faces Steele ou autres, couper le crampon à la hauteur de l'or, souder l'un à l'autre, remettre en place ; brunir l'or juste contre la racine, pour obtenir une adaptation parfaite ; chauffer un morceau de cire de plaque-base juste assez pour travailler aisément, entourer de cire la racine avec le crampon et l'or en position, faire un modèle avec du composé à investir de Brophy, monter sur articulateur ; choisir de la porcelaine convenant au cas, mettre l'inlay de cire entre l'or et la porcelaine, façonner la cire, enlever la porcelaine du modèle ; enlever cire et crampon, en coupant le crampon du modèle ; laisser la matière d'investissement autour du crampon, elle résistera à la chaleur et ne craquera pas ; investir la masse dans le composé à investissement et couler.

Avantages du procédé : Ajustage parfait contre la racine, la base de la couronne est tranchante et unie, on peut étudier les points de contact et l'articulation, l'inlay de cire n'est pas foulé entre la racine et la dent par pression mais ciré en place par la spatule, l'excédent de cire peut être enlevé et la pièce peut être parfaite avant l'investissement, et tout cela prend moins de temps que pour être fait dans la bouche. Ce procédé est excellent pour les couronnes de molaires, en se servant de dents à dos de selle et de pointes de carbone pour les dents Steele tout en porcelaine. *(Dent. Summary.)*

Remplacement d'une face à crampon parallèle brisée sur un bridge sans enlever le bridge de la bouche. — Choisir une face de Steele de dimensions et de couleur convenables. Augmenter la largeur de la rainure (slot) dans la face avec le disque de carborundum, de façon à faire glisser la face sur les crampons des faces brisées. Avec une meule, égaliser l'arrière d'une face brisée pour lui donner une surface unie. Glisser la face sur les crampons doucement. Protéger le bord incisif de la face par le métal du pont, mais il peut être nécessaire de meuler l'extrémité incisive de la face pour atteindre ce résultat. Enlever la face, sécher le pont et la face, mélanger le ciment à consistance claire, remplir la rainure de la face et mettre du ciment sur l'arrière de la face brisée, mettre la face en place. (*Dent. Summary.*)

Ancrage des inlays d'or coulé. — Souvent un crampon d'or ou de platine iridié est utile pour aider à retenir un inlay. Dans les molaires brisées, quand les racines divergent, insérer un crampon ou plusieurs à la manière ordinaire, puis introduire un crampon d'or ou de platine iridié dans le canal radiculaire divergent, en le laissant assez long pour traverser le modèle de cire Mettre de la cire en place, sculpter et, tenant le modèle solidement avec les doigts, saisir le crampon en saillie avec une pince et enlever en faisant légèrement tourner le crampon. En huilant celui-ci auparavant, on en rend l'enlèvement plus aisé. Introduire une pointe de graphite du diamètre du crampon dans un trou du modèle, investir, couler l'inlay, enlever le graphite, cimenter en place, et quand le ciment est encore mou introduire le crampon d'ancrage. Quand le ciment est dur meuler la partie exubérante du crampon avec l'inlay. Cette méthode est utile quand il est difficile d'obtenir des crampons parallèles employés pour la rétention et parfois quand on emploie un seul crampon. (*Dental Summary.*)

Fixation de la pièce à main.— Etendre au-dessus de la pièce à main un tube de caoutchouc d'environ 75 mm., en laissant 12 mm. entre le tube et le point où la fraise est introduite. Ce tube se nettoie aisément avec un chiffon mouillé et un peu de savon.(*Dent. Rev.*)

Protection du bord gingival dans la pose d'une couronne. — Pour protéger le bord gingival autour d'une racine préparée pour une couronne Davis dans l'intervalle des séances, chauffer un morceau de gutta pour le rendre plastique. Sécher la racine complètement et mouler la gutta en place. Pour assurer la durée de cette couverture jusqu'à la séance suivante, se servir d'une très petite pointe, la chauffer à la flamme, la presser dans la gutta et l'introduire dans le canal radiculaire, ce qui tient ainsi solidement la gutta en place. (*Dent. Review.*)

Oxyphosphate de cuivre pour réajuster les dentiers. — Pour remplacer un dentier usé dans une bouche dont les tissus sont flasques, avant de prendre l'empreinte répandre sur la vieille pièce du ciment à

l'oxyphosphate de cuivre et le mettre en place en le pressant jusqu'à ce qu'il soit pris. Après enlèvement, aplanir les bords, laisser le patient porter le dentier pendant 4 ou 5 semaines et les tissus flasques se resserrent sous la pression et deviennent fermes. La nouvelle pièce repose sur du tissu solide et est très satisfaisante. *(Dent. Rev.)*

Coulage de l'or et soudure des bridges. — Pour obturer rapidement un trou dans une pièce coulée sans employer de soudure y fouler de l'or en feuille, chauffer l'inlay sur un brûleur Bunsen jusqu'à ce qu'il soit complètement recuit ou rouge vif et le plonger dans l'eau froide : on constatera que le trou est obturé.

Pour préparer les crampons auxquels adhèrera l'or coulé, pour assurer l'adaptation et empêcher l'oxydation, avant de mettre la cire couler un peu d'or à 24 carats au moyen du chalumeau sur les crampons aux endroits où l'on désire que l'or adhère.

Echappement de la vapeur du vulcanisateur. — Pour faire échapper la vapeur du vulcanisateur après usage, fixer une extrémité d'un petit tuyau de caoutchouc au robinet et mettre l'autre dans un seau d'eau ; le vulcanisateur se refroidit en quelques minutes sans odeur, sans bruit, sans vapeur et sans humidité dans l'atelier. *(Ash's Monthly.)*

Vulcanisation. — Pour obtenir de bons résultats il faut vulcaniser en se servant du thermomètre et du manomètre. Le thermomètre seul ne permet pas de maintenir égale la température ; elle varie constamment un peu et a besoin d'être surveillée. Si le manomètre est employé seul, le tube Bourdon s'affaiblit rapidement et si l'opérateur a l'habitude d'opérer à une pression de 100 livres équivalent de 175°, rien ne montre que ce tube est affaibli. Avec l'usage simultané de l'un et de l'autre, un léger affaiblissement du tube est sans inconvénient, car le manomètre peut être réglé à l'équivalent de 175° de telle façon qu'il n'y aura pas de variation dans la pression employée pour vulcaniser. *(Ash's Monthly.)*

Rétention pour dentiers du bas. — Laisser dans la bouche une ou deux racines, qu'on dévitalise et qu'on munit de pivots et de coiffes ajustées aux gencives. Avant de cimenter les coiffes définitivement en place, tailler un morceau de fil métallique n° 3 ou 4 de la filière Ash suivant l'arcade et le fixer aux coiffes avec de la cire. Investir et souder la pièce et celle-ci une fois finie, cimenter sur les racines dans la bouche ; vulcaniser sur la denture de petites tiges de rétention et quand la pièce est dans la bouche, ces tiges glissent sur la barre de fil métallique et maintiennent la pièce en position. *(Ash's Monthly.)*

RÉUNIONS ET CONGRÈS

6e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

LONDRES 1914.

Le 6me Congrès dentaire international aura lieu à Londres, du 3 au 8 août 1914, sur convocation de la *British Dental Association.*

Sa Majesté le roi Georges V a gracieusement consenti à prendre sous son patronage le Congrès, qui tiendra ses séances dans les locaux de l'Université de Londres et du *Imperial College of Science and Technology*, South Kensington.

Le Congrès sera présidé par M. Howard Mummery, avec MM. Norman G. Bennett et F. Brooks pour secrétaires généraux et M. H. Baldwin comme trésorier.

Un comité d'organisation, présidé par M. W. B. Paterson (président de la F. D. I.) et dont M. F. J. Pearce est secrétaire, s'est occupé activement ces temps-ci des arrangements préliminaires.

Les précédents Congrès ont eu lieu à Paris en 1889, Chicago en 1893, Paris en 1900, Saint-Louis en 1904 et le dernier à Berlin dans le Palais du Reichstag en 1909 ; à cette dernière occasion l'empereur d'Allemagne s'est intéressé personnellement aux travaux du Congrès, et des délégués de vingt nations différentes y ont assisté, plusieurs de ces nations étant représentées officiellement.

Les organisations dentaires du monde entier ont été invitées à prendre part au Congrès, et l'on espère s'assurer ainsi la coopération des premiers spécialistes et des représentants les plus autorisés de toutes les branches de la chirurgie dentaire.

Conformément aux règlements du Congrès dentaire international, tout dentiste pratiquant, en possession du diplôme professionnel du pays où il a fait ses études ou du pays où il exerce, peut en être membre.

La cotisation que les membres du Congrès devront payer sera de 38 francs et pour les membres de leur famille qui les accompagneront la contribution sera de 19 francs.

Le Congrès aura son Bureau : 19, Hanover Square, Londres, W.

Prière de faire parvenir à cette adresse toute communication éventuelle.

SOCIÉTÉ BELGE D'ODONTOLOGIE

L'assemblée générale de la Société belge d'odontologie s'est tenue à la *Maison des Médecins*, le dimanche 18 mai à 9 h. 1/2 du matin, avec l'ordre du jour suivant :

1° Lecture du procès-verbal de l'assemblée du 12 avril 1913 ;

2° Correspondance ;

3° Divers ;

4° Conférences : A. La métallisation universelle (Procédé Schoop) par M. LECOINTE, ingénieur, professeur à l'Université de Bruxelles. B. Ses applications en art dentaire, résultats d'expériences, par M. MAURICE CHARLIER.

Démonstrations

par MM. GRAFFÉ, ingénieur, et MAURICE CHARLIER.

1° Expériences diverses de métallisation ;
(Phase de la fusion avec dépôt immédiat.)

2° Confection d'un moulage métallique ;

3° — d'une plaque métallique ;

4° — d'un bridge-work (par la métallisation) ;

5° — instantanée d'un appareil métallique avec dents et crochets ;

6° — d'un revêtement métallique sur appareil en vulcanite ;

7° — d'un revêtement métallique protecteur dans l'articulation d'un appareil ;

8° — d'une dent à pivot par la métallisation ;

9° — d'une couronne métallique ;

10° Réparation instantanée d'un appareil dentaire par un joint métallique ;

11° Confection d'un inlay métallique à froid ;

12° — d'un appareil par application de métaux différents superposés ;

13° Soudure par la métallisation de métaux à points de fusion différents ; application de métaux à haute fusion sur métaux à basse fusion.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'INFIRMIÈRE DENTAIRE

La question des infirmières dentaires a pris une certaine importance aux Etats-Unis ; il nous a donc paru intéressant de donner à nos lecteurs un petit exposé de cette question, telle qu'elle se présente en Amérique.

La Chambre des députés de l'Etat de Massachusetts est saisie actuellement d'un projet de loi tendant à ce qu'il soit créé un titre d'infirmière dentaire, qui serait conféré, à la suite d'un enseignement et d'examens spéciaux, aux personnes du sexe féminin, et leur donnerait le droit d'exercer cette profession à la suite d'un enregistrement. Ce projet a fait l'objet d'un rapport défavorable ; mais la question n'est pas encore tranchée et, en attendant, les partisans et les adversaires du projet discutent vivement la question. Le journal américain *Items of interest* y consacre plusieurs articles de son numéro de février 1913, dont voici le résumé.

Les partisans soutiennent que l'infirmière dentaire peut rendre comme assistante les plus grands services au dentiste à condition qu'elle ait reçu un enseignement complet dans une école d'infirmières dentaires, distincte et indépendante des écoles dentaires, des cliniques dentaires et des hôpitaux. L'entrée dans cette école se ferait à 20 ans ; la postulante devrait jouir d'une bonne santé, avoir reçu une bonne instruction générale et avoir des ressources suffisantes pour vivre pendant les deux années à passer dans cette école.

Les cours à suivre devraient comprendre la prothèse, l'anatomie, les maladies de la bouche, la bactériologie, l'asepsie, l'anesthésie, la psychologie, l'enseignement des écoles enfantines.

Les partisans soutiennent en outre que le grand mouvement en faveur de l'hygiène dentaire qui va s'accentuant ne peut aboutir à de bons résultats que si l'infirmière dentaire ou assistante prophylactique est établie solidement dans tous les cabinets dentaires du pays.

L'infirmière dentaire est nécessaire ; de même que le chirurgien a besoin d'une infirmière pour préparer le patient à une opération, de même le dentiste a besoin d'une femme assistante pour nettoyer et polir les surfaces des dents. Cette assistante enseignerait aux patients l'usage de la brosse à dents et leur nettoierait les dents tous les deux mois par exemple.

Au point de vue légal le rôle de l'infirmière est parfaitement licite, puisque celle-ci n'est que l'auxiliaire du dentiste, se borne au nettoyage des dents, c'est-à-dire au traitement de leur surface, qui ne saurait être considéré comme une opération dentaire ; ce rôle n'a ni un caractère médical, ni un caractère chirurgical, pas plus que celui du pédi-

cure ou de la manucure; l'infirmière dentaire n'est pas chargée de traiter la maladie, mais seulement de la prévenir et de préparer le champ d'action du dentiste.

Elle doit avoir pour mission de nettoyer et de polir les dents des patients et d'inculquer à ceux-ci les notions d'hygiène nécessaire. Bien que cela puisse s'apprendre en peu de temps, il faut aussi que l'infirmière connaisse l'anatomie et la pathologie des mâchoires et des dents, afin de s'intéresser à son travail et d'inspirer confiance aux patients en répondant avec intelligence, assurance et savoir à leurs questions.

Les adversaires du projet prétendent que celui-ci tend simplement à créer une nouvelle catégorie de dentistes : l'infirmière dentaire; que celle-ci serait fatalement amenée à se servir des instruments du dentiste et à exécuter sur les gencives et les dents des opérations pour lesquelles elle n'aurait pas la compétence voulue. Le projet leur permettrait en fait toute intervention dentaire ayant un caractère médical ou chirurgical (sauf la prothèse), ce qui est inadmissible.

Pour nettoyer les dents il faut employer le tour dentaire; l'infirmière aurait donc à s'en servir, lorsqu'elle n'y aurait pas été préparée. L'infirmière dentaire ne servirait qu'à augmenter le rendement du cabinet. Quant à l'utilité de l'infirmière dentaire dans les dispensaires, infirmeries, hôpitaux et cliniques scolaires, elle ne se justifie pas, car les soins dentaires à donner aux pauvres, qui fréquentent ces établissements, exigent tout autant d'habileté que les soins à donner aux riches, habileté que n'aurait pas l'infirmière.

Les partisans répondent que l'infirmière dentaire aura non seulement son utilité, mais sera absolument indispensable le jour prochain où le nettoyage de la bouche et des dents sera obligatoire dans les écoles publiques. Les municipalités ne pourront pas, dans les villes importantes, rémunérer un nombre de dentistes suffisant pour faire exécuter cette opération ; mais il sera aisé d'avoir par école un seul dentiste avec un certain nombre d'infirmières dentaires procédant à ce nettoyage d'après ses indications et sous sa surveillance.

On le voit, la question est intéressante et le problème est vaste ; nous en suivrons le développement avec intérêt et nous tiendrons nos lecteurs au courant des phases qu'il présentera et de la solution qui sera adoptée.

LA QUESTION DES HONORAIRES

Dans la vie le principe fondamental est la dépendance de l'homme; l'homme a des besoins à satisfaire, il est dépendant des industries et des sciences qui les satisfont. En fait chaque homme est un serviteur, il rend des services. Ces services méritent une récompense, un salaire. La récompense, le salaire doit être en proportion du service rendu. Le service doit être réel, effectif, efficace, pour mériter cette

récompense. Cela est vrai surtout dans la profession dentaire : les études du dentiste sont longues, sa tâche est ardue, son travail fatigant.

Tel est le résumé d'un exposé de M. Robert Chattin, d'Indianapolis, sur la question. Il a fait une enquête sur la matière en s'adressant à des dentistes de 14 Etats et à des dentistes de 75 villes de l'Indiana. Il résulte de cette enquête que les honoraires sont calculés d'ordinaire d'après le temps passé à raison de tant par heure.

Il a classé les villes en trois catégories, d'après la population : 1° au-dessus de 75.000 habitants ; 2° de 30.000 à 75.000 habitants ; 3° au-dessous de 30.000 habitants. Dans les premières il évalue les frais (loyer du cabinet, opérateur, téléphone, réparations, accessoires) à 325 fr. par mois en moyenne ou 1 fr. 50 par heure; dans les secondes à 225 fr. par mois ou 1 fr. par heure; dans les troisièmes 175 fr. par mois ou 0 fr. 75 par heure ; mais il considère ces chiffres comme très bas. Il estime que les matières représentent environ 15 o/o des honoraires comptés.

Dans les premières, pour 7 heures de travail par jour, la moyenne des honoraires par heure est de 22 fr. 65 ; dans les secondes, de 16 fr. 40 ; dans les troisièmes, de 13 fr. Il convient d'en déduire les frais pour avoir le chiffre net des honoraires. Il va de soi que les dépenses familiales (loyer, entretien, nourriture, etc. n'entrent pas en compte dans ces chiffres).

Il conclut que les honoraires ci-dessus sont insuffisants, étant donné la situation sociale du dentiste, les services qu'il rend et la cherté de la vie. (*Dental Summary*.)

LE SERVICE MILITAIRE ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES

On lit dans la *France militaire* du 10 mai :

L'AMENDEMENT MÉQUILLET.

M. Méquillet, député de Meurthe-et-Moselle, a présenté à la Commission de l'armée de la Chambre des députés un amendement tendant à ce que les jeunes gens pourvus du diplôme de chirurgien-dentiste ou admis en cinquième année d'études, et qui ont subi avec succès, à la fin de la première année de service, l'examen de dentiste auxiliaire, soient nommés à cet emploi et accomplissent leurs deuxième et troisième années de service comme dentistes auxiliaires. Les dentistes auxiliaires jouiront des droits et prérogatives attachés à l'emploi de médecin ou de vétérinaire auxiliaire.

Nous ferons remarquer que c'est précisément ce que la F. D. N. a demandé dans le rapport qu'elle a adressé au ministre de la Guerre le 15 mars dernier et que nous avons publié dans notre numéro du 15 avril, page 321.

VARIA

La mortalité chez les dentistes.

M. A. O. Ross, de l'Ohio, dans un article intitulé : Causes de la mortalité chez les dentistes comparativement aux autres professions, estime que les maladies de cœur sont la cause la plus fréquente (20 o/o de toutes) de la mortalité et notablement plus fréquente que dans les autres professions.

Un rapport de M. Newsholme, médecin du service de santé de l'Intérieur, montre que le taux de la mortalité provenant de toutes causes a baissé de 20 o/o de 1891 à 1911, mais que ce taux a augmenté chez les hommes de 45 à 65 ans. Chez les hommes et chez les femmes les maladies du cœur et des vaisseaux sanguins ont causé 1/3 des morts de 55 à 65 ans. Mais dans cette statistique les dentistes ne tiennent pas la tête.

Une statistique de M. Ross relative aux dentistes en Amérique montre que de 1859 à 1869 la vie moyenne était 47, 5 o/o ; durée moyenne de la pratique : 18 ans ; de 1869 à 1879, 51, 7 o/o d'années de vie et 21 ans de pratique. De 1869 à 1879, 56, 1 o/o d'années de vie et 28 ans de pratique. De 1879 à 1889, 57, 9 o/o d'années de vie, 28 de pratique. Enfin de 1899 à 1909, 61, 8 ans de vie, 33 ans de pratique. En 50 ans la durée de la vie a augmenté de 14, 3 années et celle de la pratique de 15 ans.

(Dental Record.)

La médecine à Tombouctou.

En Poitou, pour guérir le mal de dents, on touche la dent avec un clou, qu'on enfonce ensuite dans un mur. Savez-vous qu'à Tombouctou on en fait à peu près autant ? Le marabout (reconnu apte à guérir) fait mettre auparavant le doigt sur la dent malade ; il prend ensuite une pointe ou arête de poisson qu'il enfonce dans un mur en terre. Jusqu'ici, pas grande différence, mais voici : le marabout, avant de congédier son malade, lui dit : « Va, et si tu ne penses aucun mal de moi, tu ne souffriras plus de ta dent ! » Naturellement le nègre, pour ne plus souffrir, proclame l'adresse du marabout.

(Archives de Stomatologie.)

Femmes dentistes.

Le premier diplôme dentaire délivré à une femme en Grande-Bretagne l'a été à Mme R. Lindsay, collaboratrice du *Dental Record*, auteur de l'article *Les superstitions et le mal de dents*, dont nous avons donné le résumé dans notre dernier numéro.

*
* *

Mme Martha Wolf est, de même, la première autrichienne exerçant l'art dentaire en Autriche. Elle est docteur en médecine (on sait que ce diplôme est obligatoire pour pratiquer la chirurgie dentaire dans ce pays) et chargée du service dentaire dans un hôpital et des cliniques scolaires de Vienne.

*
* *

Mlle Emma Westfehling, de New-York, qui a obtenu le diplôme de D. D. S. avant 21 ans, est dentiste de l'asile d'aliénés Central Islip, qui compte 5.500 internés ; elle occupe depuis un an ce poste qu'aucun dentiste homme n'a pu remplir pendant plus d'un mois.

(*Dental Record.*)

Empoisonnement pour un mal de dents.

Lucie Girardo, 22 ans, fut transportée à l'hôpital dei Pellegrini à Naples le 9 novembre 1912 en proie à des symptômes d'empoisonnement pour absorption de lessive caustique. Interrogée, elle déclara s'être empoisonnée parce qu'elle souffrait d'un mal de dents.

(*Il Mattino,* Naples.)

Mort dans le fauteuil d'opération.

M. George Montague Worthington, avocat, de Godalming, est mort le 22 février 1913 chez un dentiste d'Eaton-Terrace, Londres (ouest), pendant que celui-ci lui faisait une extraction sous anesthésie.

L'enquête a établi que c'était le premier décès survenu sur 30.000 administrations par l'anesthésiste. La proportion de morts sous le protoxyde d'azote est de 1 pour 500.000.

(*Daily Mail.*)

*
* *

Agnès Nebel, brodeuse, 50 ans, ayant perdu un dentier qu'elle portait depuis longtemps, se rendit le 17 février dernier chez un dentiste de Berlin pour s'en faire confectionner un autre. Tandis qu'on le retouchait après le lui avoir essayé et qu'elle attendait dans le fauteuil, elle fut frappée d'apoplexie. Les soins donnés par le dentiste, complétés par ceux d'un médecin mandé en hâte, demeurèrent inutiles : la patiente avait cessé de vivre.

(*Vorwärts,* Berlin.)

La dentition des Hindous.

D'après le *British Journal of Dental Science*, qui le tient du *Times*, le peuple hindou a de meilleures dents que le peuple anglais, parce que les Hindous ont une nourriture plus simple et ne mangent pas en grande quantité du sucre et autres mets dont l'action est des plus destructives pour les dents. Ils ont en outre l'habitude de les nettoyer avec de petites baguettes en bois souple provenant de certains arbres sacrés.

Les Hindous chiquent le bétel ; cette habitude prise dès le jeune âge noircit les dents, les conserve, et, ajoutée au végétarisme, fait que ce peuple a les plus jolies dents du monde. Il existe surtout dans ce pays une habitude impérative, qui consiste en ce que les enfants et les adultes sont soumis, avant le mariage, à la plus minutieuse inspection physique, particulièrement pour les dents et les ongles qui, suivant les Hindous, correspondent aux bras, aux jambes et à la tête. Ils estiment de belles dents et de beaux ongles comme les preuves les plus irréfutables d'une constitution bonne, vigoureuse, offrant les garanties les plus heureuses pour les descendants mâles. Leur soin des dents étant le résultat d'une pratique de plus de 3.000 ans de rites religieux, il s'ensuit que les mariages n'ont lieu qu'autant que les parents y consentent. Conséquemment, les descendants ont généralement de bonnes dents.

Si, en Angleterre, des parents refusent à leur fille le mariage avec l'homme de son choix, à cause de sa défectuosité dentaire, elle peut néanmoins se marier avec lui et constituer une famille avec de mauvaises dents, tandis que, d'après les rites hindous, cette chose est impossible.

(*Gazette médicale de Liège.*)

Le prix d'un embaumement.

Un dentiste, M. A., succombait le 5 février 1911 dans une clinique à la suite d'une obstruction intestinale.

A la requête de la veuve, le Dr C. procédait à l'embaumement du corps de M. A., et réclamait pour cette opération 4.000 francs d'honoraires.

Refus de payer par Mme veuve A. D'où procès.

La veuve a fait soutenir devant le tribunal qu'elle n'avait pas commandé l'embaumement de son mari et qu'en outre les honoraires réclamés étaient exagérés.

Après débats, le tribunal a donné gain de cause à Mme veuve A., sur ce dernier point, en la condamnant à ne payer que 1.500 francs d'honoraires.

Par contre, les héritiers de la succession ont été condamnés au paiement d'une somme de 947 francs au Dr C. pour frais médicaux.

(*Le Soir*, 16 mars).

La dent de Camille Desmoulins.

J'étais chez un dentiste de mes amis ; l'infortuné Camille Desmoulins, que je regrette malgré ses erreurs, vint se faire arracher une dent. Il avait peine à se déterminer à cette opération douloureuse, parce que, disait-il, cela fait sûrement plus de mal que d'être guillotiné. Le malheureux songeait-il alors que ce sort affreux l'attendait ?

Abolition de la peine de mort, ou danger d'admettre les supplices dans un Etat sagement gouverné ; Paris, an III, in-8°, p. 18. — Communiqué par M. Otto Friedrichs.

(*Revue des Curiosités révolutionnaires,* fév. 1913.)

La fabrication des brosses à dent.

Le manche des brosses à dent est fait avec l'os de la jambe du bœuf ; les os proviennent de partout, tant la consommation est considérable. Le découpage de l'os en 7 ou 8 bandes est fait par un ouvrier, à l'aide d'une machine, avec une grande rapidité et une grande dextérité. Chaque bande est aplanie, équarrie et coupée à une longueur de 12 centim. environ. La bande passe alors à la machine à profiler, c'est-à-dire que l'os équarri est placé, le bord en haut, sous un couteau rotatif puissant, dont le mouvement est réglé par un modèle de métal ayant la forme exacte du manche désiré. La bande a alors la forme familière du manche de brosse à dent.

L'os est alors façonné et les arêtes sont arrondies ; la graisse est enlevée par immersion dans la térébenthine et l'ébullition ultérieure dans l'eau. Puis viennent le blanchiment et le polissage. 60 petits trous sont percés dans chaque tête de brosse au moyen d'une machine. Chaque touffe de soies, d'environ 35 brins, a la forme d'un U et le fil métallique employé a une grande force de tension. L'ensoyage terminé, les extrémités du fil métallique sont rabattues et les rainures remplies de cire ou de ciment de diverses couleurs. Les soies une fois coupées et taillées, la brosse est lavée et polie.

(*Dent. Record.*, nov. 1912.)

Dentiste pour chevaux.

La dentisterie chevaline sera, à l'avenir, enseignée à la section vétérinaire de l'Université de Pensylvanie. Les chevaux sont sujets, comme les autres animaux, au mal de dents. Les étudiants appren-

nent à manier le spéculum pour tenir la bouche ouverte pendant l'opération.

L'excision de l'incisive pour que les molaires se rapprochent plus aisément se fait au moyen de gros ciseaux. L'enlèvement des pointes saillantes des dents se fait à l'aide d'un ciseau. L'extraction des dents cariées se fait à l'aide d'une forte pince, mais est précédée d'une opération extérieure consistant à forer des trous dans l'os jusqu'à ce qu'on puisse introduire un instrument et ébranler la dent suffisamment pour l'enlever au moyen de la pince.

(*Rider and Driver.*)

NÉCROLOGIE

V. Haderup.

On annonce la mort de M. Victor Frants Nachtegal Haderup, docteur en médecine et chirurgien-dentiste à Copenhague, qui avait fait diverses communications au Congrès dentaire international de 1900; il était membre de la F. D. I. depuis sa fondation et qui y avait joué un rôle important.

*
* *

Nous apprenons avec regret le décès de M. Jules Arlet, chirurgien-dentiste, père de notre confrère M. Albert Arlet, membre de l'A. G. S. D. F., de Laon.

Nous adressons aux familles éprouvées nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Association de l'École odontotechnique.

L'assemblée générale de l'Association de l'École odontotechnique a eu lieu le mardi 20 mai, à 8 heures 1/2 du soir, au siège de l'Association, 5, rue Garancière, avec l'ordre du jour suivant :

1° Correspondance;
2° Compte rendu de la gestion Fourquet ;
3° Discussion et approbation du projet de budget normal 1913/14.

Société d'Odontologie.

Une réunion extraordinaire de la Société d'Odontologie a eu lieu le mercredi 14 mai 1913, à 9 heures du soir, à l'Ecole dentaire de Paris, à l'occasion d'une conférence de M. le Prof. Warnekros, de Berlin, conseiller privé de médecine, membre du Comité organisateur du Ve Congrès dentaire international.

M. Warnekros a traité le sujet suivant : « Communications sur la mécanique et la chirurgie dentaire et en particulier considérations sur le traitement de la pyorrhée alvéolaire par le radium ».

Nous publions p. 433 à 446 cette communication.

Nouveau journal.

Nous avons reçu le premier numéro de la *Revista dental Columbiana*, organe de l'Ecole dentaire nationale de Bogota, publiée mensuellement dans cette ville.

Nous souhaitons une bonne chance à notre nouveau confrère.

Ecole dentaire de Paris.

Par décision du Conseil d'administration en date du 20 mai 1913 et après concours, MM. Vasserot, Ruppe et Davy ont été nommés chefs de clinique de prothèse.

F. D. N.

Le Bureau de la F. D. N. s'est réuni le 20 mai 1913 avec l'ordre du jour suivant :

1° Procès-verbal du dernier bureau;

2° Correspondance (lettre de démission du syndicat des chirurgiens-dentistes de France);

3° Rapport du Trésorier. Budget de la F. D. N. 1913-1914;

4° Approbation d'une pétition au Ministre de l'Instruction publique relative au diplôme de chirurgien-dentiste ;

5° Mesures prises relativement à la situation des chirurgiens-dentistes au point de vue militaire ;

6° Session de la F. D. I. à la Haye 1913 ;

7° Réunion du Comité exécutif ;

8° Fixation de la prochaine assemblée générale (date, lieu, ordre du jour) ;

9° Propositions de fusion avec l'U. F. D. N.

U. F. D. N.

Le Bureau de l'U. F. D. N. s'est réuni le 20 mai 1913 avec l'ordre du jour suivant :

1° Procès-verbal du dernier bureau ;

2° Correspondance ;

3° Projet de fusion avec la F. D. N. ;

4° Propositions diverses.

M. Lentalo, D. E. D. P. et D. F. M. P., vient de subir avec succès l'examen de chirurgien-dentiste à l'Université de Turin.

Nous lui adressons nos félicitations.

33e ANNÉE. N° 11. 15 JUIN 1913 VOL. XLIX

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

FRACTURE DU CONDYLE

Par MAURICE ROY,

Dentiste des hôpitaux,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie.)

Les fractures du condyle du maxillaire, sans être aussi rares qu'on le pense généralement, n'en sont pas moins des fractures exceptionnelles. Elles reconnaissent pour cause un traumatisme portant sur le menton, généralement de bas en haut, et qui, projetant le maxillaire inférieur en arrière vient faire buter le condyle sur la paroi antérieure du conduit auditif externe. La fracture peut se produire sous forme d'un trait de fracture horizontal ou oblique passant au niveau du col et séparant le condyle de la branche montante comme dans la pièce reproduite par Christopher Heath d'après Fergusson [1]. Elle peut aussi se produire par un mécanisme différent qui a été mis en lumière par M. Gernez dans des expériences faites à l'École pratique et que notre excellent collègue a décrit ainsi dans une communication récente à la Société d'Odontologie.

« Dans les chocs portés directement sur la pointe du
» menton, de bas en haut de préférence, on note, dans
» 90 o/o des cas, une fracture du condyle très spéciale si-
» multanément avec une lésion de la branche horizontale
» ou de la branche montante du maxillaire inférieur, ou en
» dehors de cette lésion. Il semble que le condyle ait éclaté
» en deux parties, l'une interne, l'autre externe, sous la

1. Ch. HEATH, *Lésions et maladies des mâchoires*, p. 17.

» poussée de la diaphyse du maxillaire inférieur, souvent
» fracturée en pointe acérée. Cette fracture par éclatement,
» intra-articulaire s'accompagne de déchirures des liga-
» ments et du périoste, de désordres intra-articulaires im-
» portants (arrachements méniscaux [1]). »

Les fractures du condyle, outre les phénomènes de douleur et d'impotence fonctionnelle qui accompagnent les fractures du maxillaire inférieur, présentent une complication sérieuse, l'ankylose de la mâchoire. En effet, il résulte des observations des auteurs qui ont étudié cette dernière affection que les fractures du condyle en sont une des causes fréquentes.

Cette fracture est en effet souvent difficile à déceler, elle passe quelquefois inaperçue dans un gros traumatisme et l'on ne s'en aperçoit que plus tard, lorsque l'ankylose est constituée ; ce n'est qu'à ce moment qu'on peut établir la pathogénie et voir qu'il y avait eu préalablement fracture du condyle.

L'observation que je vais vous présenter est intéressante parce que, d'une part, c'est une observation de cette forme de fracture malgré tout assez rare et que, d'autre part, vous pourrez voir qu'avec un traitement très simple j'ai pu obtenir une guérison absolument parfaite chez mon malade.

Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans, qui présente différentes manifestations tératologiques comme des amputations congénitales des doigts et une asymétrie faciale très marquée, comme vous pourrez le constater lorsque vous l'examinerez, mais je ne vous le présente pas à ce point de vue-là et son asymétrie faciale, qui est congénitale, n'a aucun rapport avec la fracture.

Le 23 mars, ce jeune homme, en voulant sauter par-dessus un petit banc, est tombé la face en avant et le menton portant directement sur le plancher. La peau du menton fut fendue sur une étendue de deux à trois centimètres et en même temps il ressentit une violente douleur du côté de

1. GERNEZ, *Traitement chirurgical des ankyloses de l'articulation temporo-maxillaire. Odontologie*, 1913, V. I, p. 193.

l'oreille gauche. Il n'y eut pas d'hémorragie auriculaire.

Le malade vint immédiatement à l'hôpital où on lui sutura sa plaie. Six jours après, en raison des troubles qu'il ressentait du côté de la mâchoire, il vint à ma consultation à la Pitié.

A ce moment la plaie cutanée était cicatrisée et il n'y avait rien de particulier du côté de la face, si ce n'est un peu de tuméfaction de la joue gauche. Mais le malade avait de la difficulté à ouvrir la bouche, les mouvements de la mâchoire étaient peu étendus et l'engrènement des dents ne pouvait se faire d'une façon normale, car la mâchoire était déviée du côté gauche et ce déplacement empêchait l'occlusion normale de se faire.

On sait en effet que, dans les fractures du condyle, le *menton est dévié du côté malade*, contrairement à ce qui se produit dans les luxations (Ch. Heath).

L'articulation temporo-maxillaire gauche était douloureuse à la palpation, ainsi que dans les mouvements d'ouverture de la bouche et lorsqu'on imprimait des mouvements à la mâchoire avec la main; on sentait très nettement la crépitation osseuse dans l'articulation dans ces différents mouvements.

L'articulation temporo-maxillaire droite ne présentait rien de particulier, non plus que les autres parties du maxillaire.

Le diagnostic de fracture du condyle gauche de la mâchoire inférieure était des plus nets. Il s'agissait d'assurer la guérison de cette lésion.

Pour cela, je réduisis d'abord la fracture en rétablissant l'engrènement normal des dents. Cette réduction fut assez douloureuse, mais je pus néanmoins l'obtenir sans anesthésie et sans trop de difficulté. Ceci fait, j'appliquai une couche d'ouate sous le menton et sur les joues et, à l'aide de quelques tours de bande de caoutchouc modérément serrés, je maintins la mâchoire en bonne position. La pression de la bande, quoique assez faible, était douloureuse et, la douleur persistant, je dus diminuer un peu la pression au bout d'une demi-heure, mais la réduction était toujours maintenue.

Je prescrivis au malade l'immobilité de la mâchoire durant les deux ou trois premiers jours, mais je lui recommandai après ce temps de commencer de lui-même à pratiquer quelques légers mouvements d'ouverture.

C'est qu'en effet l'ankylose étant une complication possible de ce genre de fracture il y a grand intérêt dans ces cas à rétablir le plus rapidement possible les mouvements. Or la bande de caoutchouc, tout en maintenant la fracture réduite, ne s'opposait pas aux mouvements normaux de la mâchoire, c'est pourquoi j'avais choisi ce mode de contention.

Je revis le malade cinq jours après ; sa mâchoire s'était maintenue en bonne position et il pouvait faire de légers mouvements d'ouverture, mais il devait toutefois, dans les mouvements d'occlusion, pousser légèrement sa mâchoire vers la droite avec la main pour éviter à ses dents inférieures de buter contre l'incisive latérale supérieure gauche, qui était en forte rétroversion.

Deux jours après le 5 avril, il commença à mastiquer. Une semaine plus tard il pouvait manger de la croûte de pain sans difficulté et n'avait plus besoin de ramener sa mâchoire avec la main dans les mouvements d'occlusion, qui se faisaient d'une façon normale. Néanmoins la bande élastique fut encore maintenue ; du reste, sauf les douleurs qu'elle avait provoquées les premiers jours, elle a toujours été facilement tolérée.

Le 17 avril, la mastication se faisait d'une façon parfaite et le malade pouvait manger de tous les aliments, croûte de pain, viande, etc., il ne souffrait plus du tout dans les différents mouvements, toutefois l'articulation temporo-maxillaire gauche était encore un peu sensible à la palpation.

Enfin, le 24 avril, un mois après l'accident, la guérison était complète : l'engrènement des dents et les mouvements de la mâchoire étaient absolument normaux, la mastication parfaite et l'on ne constatait ni douleur ni crépitation dans la région temporo-maxillaire.

Comme vous pouvez le constater sur le malade que je

vous présente, le rétablissement fonctionnel est absolument parfait et j'ai pu obtenir la *restitutio ad integrum* sans la plus légère trace de l'accident. Outre ce résultat, ce qui est intéressant dans cette observation, comme je vous le disais au début, c'est la simplicité du traitement. J'insiste toutefois encore sur la nécessité et d'un diagnostic précoce et d'une mobilisation précoce si l'on veut éviter les accidents d'ankylose toujours à craindre en pareil cas. Du reste, dans toutes les fractures du maxillaire, le rétablissement des mouvements, lorsque la réduction est maintenue, a toujours une influence favorable sur la consolidation de la fracture.

Quelle est la variété de fracture présentée par mon malade : fracture oblique ou fracture par éclatement du condyle (Gernez)? Il est impossible de se prononcer, la palpation ne donnant à ce sujet que de très vagues renseignements et l'exploration radiographique de l'articulation temporo-maxillaire étant impossible.

L'EMPLOI DE L'HYDROXYDASE EN CHIRURGIE DENTAIRE ET PRINCIPALEMENT DANS LES CAS DE PYORRHÉE ALVÉOLAIRE

Par J. CHOQUET,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, 6 mai 1913.)

La note que j'ai l'honneur de présenter à la Société d'Odontologie n'a aucune prétention scientifique.

Ceux qui ont étudié l'hydroxydase au point de vue de la composition chimique, le professeur Garrigou, de Toulouse, les docteurs Tixier, Sartory, M. Pellissier, pharmacien, ont envisagé ce côté purement scientifique et l'ont résolu d'une façon complète.

Ma courte communication ne présente donc qu'un intérêt pratique.

Nous savons tous en présence de quelles difficultés nous nous trouvons lorsque nous avons à traiter certains cas de pyorrhée. La plupart de nos malades, pour ne pas dire tous, sont des arthritiques, des diabétiques à un degré plus ou moins avancé. Malgré des curetages aussi soigneux que possible, malgré tous nos soins, toute l'attention que nous apportons dans le traitement de cette maladie, nous avons bien souvent des récidives et nous sommes obligés d'en arriver à l'ablation d'un ou de plusieurs organes.

L'hydroxydase, que j'étudie depuis environ six mois comme agent thérapeutique, m'a donné de tels résultats que je considère, maintenant que la période de tâtonnement est passée, qu'il est de mon devoir de vous faire part des résultats obtenus. J'avais tout d'abord pensé à utiliser cette eau pour le traitement des quatrièmes degrés et la désinfection des canaux radiculaires, mais j'ai été forcé, devant les résultats peu probants à ce point de vue, de me cantonner pour ainsi dire exclusivement dans le traitement de la pyorrhée et des fistules d'origine dentaire.

Tout d'abord, qu'est-ce que l'hydroxydase ? C'est une eau minérale naturelle découverte fortuitement dans le

Puy-de-Dôme il y a quelques années et dont la composition chimique a été mise en évidence, grâce à l'esprit observateur et à la tenacité de M. Tixier, docteur en pharmacie.

D'après celui-ci (et ce qu'il avance a été reconnu exact par le professeur Garrigou et le Dr Sartory), l'hydroxydase peut être classée parmi les eaux chlorurées, bicarbonatées, sodiques, magnésiennes et ferrugineuses et possède en outre et surtout la propriété suivante :

« Aussitôt en contact avec l'air, elle blanchit à la surface et après quelques minutes, une demi-heure environ, elle se trouble complètement et abandonne un épais dépôt ocreux.

» Son emploi est absolument indiqué dans les cas de goutte aiguë, subaiguë ou chronique, de goutte articulaire, de diathèse goutteuse, diabète, de coliques hépatiques et néphrétiques, de neurasthénie ; en un mot dans tous les états uricémiques, traduisant un grand ralentissement des oxydations. »

Toujours d'après Tixier, et les observations de Sergent sont là pour le confirmer, l'hydroxydase est un merveilleux agent de désintoxication dans le cours et la convalescence des maladies infectieuses (fièvre typhoïde, entérites, dysenterie, dans les empoisonnements alimentaires, dans le rhumatisme blennorrhagique).

Comment doit-on l'employer pour obtenir le maximum de résultats ? De deux façons : ou bien par la voie buccale, à la dose de deux à quatre bouteilles par jour, ou bien en injections intramusculaires de 5 ou 10 cc. De ces deux méthodes, je préfère de beaucoup la seconde, quoique, à vrai dire, j'aie obtenu d'excellents résultats par la simple absorption stomacale, mais on a tout avantage à associer les deux méthodes lorsque le patient veut bien s'astreindre à l'ennui des injections.

L'hydroxydase donne encore de bons résultats dans les applications chirurgicales par lavages et en compresses et j'ai obtenu un soulagement immédiat dans un cas d'aphtes rebelles qui ont été traités par des lavages fréquents de la cavité buccale.

Existe-t-il des contre-indications à l'emploi de l'hydroxydase ?

Non, à proprement parler, mais lorsque les malades présentent une déchéance trop accusée des organes essentiels, cœur, foie, reins, artères, on ne doit l'employer qu'avec ménagement et demander l'avis du médecin habituel.

Je vous fais grâce de tous les essais et de toutes les expériences qui ont été faits au point de vue de l'action chimique de l'hydroxydase et de ses propriétés fixatrices de l'oxygène.

Les résultats en ont été publiés dans les comptes rendus de la Société de biologie de 1911 (1er avril, 6 mai, 3, 10, 17 juin et 1er juillet), dans les comptes rendus de l'Académie des sciences (1er juillet 1911), dans les Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique (mars 1912) et enfin dans les Annales de l'hydroxydase.

Qu'il me soit seulement permis de vous dire qu'à l'heure actuelle, cette eau est employée tant dans les hôpitaux qu'en médecine vétérinaire et que partout les résultats obtenus sont absolument concluants.

Enfin, de nombreux médecins, aussi bien à Paris qu'en province, l'utilisent dans leur clientèle et en sont très satisfaits.

Je tiens à remercier tout particulièrement M. Pellissier, pharmacien, qui a bien voulu mettre à ma disposition, depuis le début de mes recherches, les ampoules et les bouteilles d'hydroxydase et je suis convaincu qu'il aura pour ceux d'entre vous, qui voudraient essayer le traitement que je préconise, la même amabilité qu'il a eue pour moi.

J'ai actuellement dans mes notes 34 cas dans lesquels j'ai toujours eu une réussite complète. Ceux-ci se divisent de la façon suivante :

Aphtes et ulcérations.........	2
Fistules d'origine dentaire....	6

Cas de pyorrhée plus ou moins intense 26.

Je ne vous les citerai pas tous, mais je ferai une sélection parmi les principaux.

Aphtes. — Mme G., 40 ans, tempérament lymphatique. Dentition normale et bouche bien entretenue. A toujours souffert d'ulcérations aphteuses à grand diamètre, dont

quelques-unes atteignaient le diamètre d'une pièce de 50 centimes. Ces ulcérations, très douloureuses, ont résisté à tous les traitements : chlorate de potasse, eau de Saint-Cristos, liqueur de Fehling, etc.

Lors d'une de ses dernières visites (décembre 1912), je constate la présence de deux aphtes volumineux situés l'un dans le repli vestibulaire inférieur droit, l'autre à la face interne de la joue gauche. Je fais immédiatement une application pendant 5 minutes d'hydroxydase, suivie d'un lavage de bouche de la même durée. Au début, légère cuisson, beaucoup moins violente que celle résultant de l'application de la liqueur de Fehling. Je recommande de semblables lavages toutes les 1/2 heures et, en même temps, l'absorption d'une bouteille d'hydroxydase matin et soir.

Quarante-huit heures après, les aphtes, *qui ne sont plus douloureux*, ont diminué de moitié comme volume et, huit jours plus tard, tout est rentré dans l'ordre. J'ai eu occasion de revoir la patiente depuis. Elle continue l'emploi de l'eau, seulement le matin, et depuis il ne s'est pas produit la moindre récidive.

J'espère que cette guérison continuera, car auparavant il ne se passait pas 15 jours sans que ma patiente ne souffrît de la présence de nouvelles ulcérations durant en moyenne de 5 à 8 jours.

Fistules. — M. L..., 44 ans, bilieux, présente au niveau de l'incisive centrale supérieure gauche une fistule qu'il m'a été impossible de fermer malgré tous les traitements employés : nettoyage du canal, passage de liquides antiseptiques y compris l'eau oxygénée. Cette fistule date de 5 ans.

Le 3 janvier, après avoir ouvert le canal, je fais passer une première injection de 1 cc. d'hydroxydase par le canal de la dent. Le liquide sort absolument trouble par l'orifice fistuleux. Je fais une deuxième injection, cette fois par la fistule et le liquide ressort par le canal dentaire, de même couleur que le premier. J'effectue une troisième injection dans la gencive elle-même aussi profondément que possible, mais sans pénétrer dans le trajet fistuleux.

L'injection produit une impression de cuisson assez sensible, mais ne durant pas plus de 5 minutes, me démontrant ce que j'avais toujours pensé, qu'il ne pouvait exister une isotonie parfaite. Je recommande au malade l'absorption d'une bouteille d'hydroxydase matin et soir.

Le 5, presque pas de changement, sauf que le liquide injecté ressort plus clair que précédemment.

Le 7, le 9, le 11, état stationnaire, le 13, amélioration considérable non seulement au point de vue local, mais encore au point de vue général. Le liquide injecté ressort presque clair, l'orifice fistuleux ne tranche plus sur le restant de la muqueuse. Le malade est moins jaune et se sent plus léger, plus dispos à travailler.

Le traitement institué est continué et le patient remis à huitaine. A cette date, sa fistule est totalement cicatrisée. Je fais une obturation à la gutta et conseille à mon patient de ne revenir que 15 jours plus tard, sauf réouverture de la fistule, mais en insistant sur la continuation du traitement général représenté par les deux bouteilles d'hydroxydase journalières. Je ne revois mon patient que trois semaines plus tard, absolument transformé. La fistule a entièrement disparu, l'obturation s'est bien comportée et mon patient, qui était déprimé au début du traitement, a retrouvé sa gaîté et son entrain habituel. Le facies est rose. En un mot c'est un homme transformé. Jusqu'à ce jour j'ai laissé en place mon obturation provisoire à la gutta et rien ne s'est produit de nouveau.

Je ne saurais trop insister sur ce cas, absolument typique, dans lequel, voulant traiter un état local, l'emploi de l'hydroxydase a eu pour résultat d'améliorer, de transformer totalement l'état général.

Pyorrhée alvéolaire. — Mme L..., 58 ans, arthritique, soignée depuis 5 ans pour des accidents de pyorrhée que j'ai réussi à enrayer, vient me trouver le 2 avril dernier en se plaignant que toutes ses dents sont molles et branlantes. Elle a violemment souffert les jours précédents de rhumatismes articulaires. Pas de tartre dur, gencives fongueuses.

Je propose de commencer le traitement habituel, consistant dans le nettoyage et le lavage des culs-de-sac, mais la malade s'y refuse, arguant qu'elle est trop fatiguée. Je conseille alors l'hydroxydase à la dose de deux bouteilles par jour.

Le traitement est accepté et commence le soir même. Visite le 5 : les gencives sont moins fongueuses, les dents moins mobiles, l'agacement tend à disparaître.

Le 9, tout est rentré dans l'ordre et non seulement ma patiente ne souffre plus des gencives, mais ses douleurs rhumatismales ont totalement disparu.

M. V..., 40 ans, diabétique, a déjà perdu toutes ses molaires par suite de pyorrhée. La maladie a débuté il y a une dizaine d'années ; à l'heure actuelle, toutes les dents sont mobiles au suprême degré, le pus sort à flots lorsqu'on presse sur les gencives. Je conseille une injection tous les jours de 10 cc. d'hydroxydase et cela, sans faire de traitement local préalable. Le 4e jour la suppuration des alvéoles est moins abondante, les dents moins mobiles. Le patient se sent soulagé ; au bout du 10e jour, il n'y a presque plus de suppuration. Je nettoie alors aussi à fond que possible mes culs-de-sac et j'y injecte de l'hydroxydase. Deux semaines plus tard, tout est revenu à l'état normal et en pressant fortement sur les gencives il est impossible de faire sourdre la moindre trace de pus.

Je ne puis vous donner connaissance de tous les cas que j'ai traités ; mais, pour conclure, je tiens à vous citer une des observations les plus caractéristiques tant au point de vue du résultat obtenu qu'au point de vue de l'analyse des urines, qui a été faite et qui démontre d'une façon péremptoire l'action bienfaisante de l'hydroxydase au point de vue de l'élimination de l'urée, de l'acide urique et des chlorures. Les résultats correspondent en tous points avec ceux qui ont été signalés par le Dr Sartory.

M. V..., 42 ans, arthritique au suprême degré, a présenté il y a deux ans une légère attaque de goutte. Mène une vie sédentaire. Toutes les molaires sont tombées par ébranlement depuis environ 5 ans. Il vient me trouver en me de-

mandant de le débarrasser de toutes les dents restantes qui empêchent toute mastication par suite de leur mobilité.

Je songe immédiatement à l'hydroxydase sans faire aucun traitement local. L'analyse des urines est faite et donne comme résultats :

Volume par 24 heures	1.800 cc.
Densité	1.013
Urie	18.20
Acide urique	0.65
Chlorures	12.60

M. V... ayant fait une partie de ses études médicales veut bien s'astreindre à se faire lui-même la piqûre journalière de 10 cc., en même temps qu'il prend matin et soir une bouteille d'hydroxydase.

Le traitement dure 8 jours et dès le 4e jour le patient ressent une amélioration considérable.

La suppuration est beaucoup moins abondante, les dents moins mobiles. On peut dire qu'au bout du 8e jour tout est rentré dans l'ordre naturel. L'analyse des urines est alors refaite et donne les résultats que voici et qui en disent plus que tout, au sujet de l'élimination de l'urée, de l'acide urique et des chlorures.

Urine par 24 heures	2.250
Densité	1.016
Urée	27.9
Acide urique	1.04
Chlorures	14.80

On a cessé les piqûres depuis et l'on s'est contenté de l'absorption d'une bouteille d'eau tous les matins.

Le nettoyage des dents a été effectué à fond et depuis six semaines, il ne s'est pas produit la moindre trace de suppuration. Les dents sont aussi solides qu'auparavant et la mastication a pu s'établir grâce à des appareils de prothèse comprenant les molaires absentes.

Je suis absolument convaincu que nous avons en mains, avec l'hydroxydase, un moyen absolument parfait pour arriver à faire disparaître à peu près complètement cette maladie des gencives que l'on appelle la pyorrhée alvéolaire.

REVUE DES REVUES

LA QUESTION DE L'EXTRACTION EN ORTHODONTIE

Par C. S. Case, de Chicago.

La question de l'extraction est intimement liée à la question des causes. Est-il exact ou inexact que les malocclusions soient dues uniquement à des causes locales ou qu'elles soient dues partiellement du moins à la loi d'hérédité et à d'autres lois qui régissent le développement des plantes et des animaux, surtout aux lois régissant le mélange de types dissemblables ? S'il est exact que les dimensions et les relations des dents et des mâchoires et des os du crâne associés doivent être en harmonie parfaite et que, quand il n'en est pas ainsi, la correction des lignes faciales est possible grâce à des forces artificielles, en conservant toutes ses dents, l'extraction de dents saines est alors une mauvaise pratique dans les opérations d'orthodontie.

Beaucoup d'orthodontistes semblent attribuer toutes les anomalies physiques à des influences de dégénérescence ou de perversion s'exerçant sur l'individu après sa naissance : ce serait là l'unique cause de malocclusion. On croit également que la variété de formes dans la faune et dans la flore provient de variations physiques de l'individu dues à des influences d'ambiance,ce qui serait la principale ou la seule force de développement. Des influences locales provoqueraient donc un développement exagéré de certaines parties d'individus, quelle que soit leur forme innée.

Rien n'est plus éloigné de la vérité, comme je vais le montrer.

Règles relatives à l'extraction en orthodontie.

Je désire d'abord indiquer la proportion des cas de malocclusion dans lesquels l'école rationnelle d'orthodontie — dont je suis — préconise l'extraction pour la correction.

Je rappelle d'abord les règles que j'ai formulées touchant l'extraction en orthodontie :

1° Ne jamais extraire pour rendre la correction plus aisée, car, quelle que soit la malocclusion, les dents peuvent toujours, à peu d'exceptions près, être placées dans l'alignement de l'arcade et en occlusion normale, et dans la grande majorité des cas elles sont nécessaires dans les arcades, non seulement pour une occlusion parfaite, mais pour aider à embellir les traits. Par conséquent, en ce qui concerne les rapports des dents entre elles, aucune malposition *dentaire* ne doit être considérée comme une base d'extraction.

2° Aucune dent ne doit être extraite en orthodontie, excepté en cas d'excessives protrusions causant une difformité faciale marquée, ou une imperfection dento-faciale marquée, et même pas, surtout chez les jeunes enfants, à moins d'indication d'une protrusion inhérente devant finalement gâter la beauté de la face pour la vie.

3° Dans presque toutes les malocclusions locales d'arcades imparfaitement développées, le développement final des mâchoires et l'agrandissement des traits exigent que toutes les dents et les arcades soutenant leurs alvéoles s'harmonisent avec les rapports de la face. En conséquence dans tout cas où les protrusions dento-faciales peuvent se corriger sans extraction nous devons nous efforcer d'obtenir une occlusion normale, non seulement pour avoir des forces masticantes plus parfaites, mais en raison des influences normales qui se développent sur les os associés.

Un grand nombre de protrusions exigeant l'extraction pour la correction proviennent de causes inhérentes ou d'influences agissant avant la naissance et non de causes locales.

Règles pour l'extraction appliquées à la classification d'Angle.

Voyons la proportion de cas d'extraction conservatrice, c'est-à-dire d'orthodontie rationnelle, en suivant la classification dento-occlusale d'Angle.

Parmi mes patients ayant besoin d'une correction de malocclusion, environ 3/4 rentrent dans la classe I d'Angle, les dents buccales étant normales en occlusion disto-mésialement ou à peu près. En dehors de cela, il n'y a guère que un cas sur 30, sur tous les cas de malocclusion, où l'on puisse moindrement songer à l'extraction. Ce sont les protrusions bimaxillaires marquées ou protrusions des dentures supérieure et inférieure par rapport à l'harmonie dento-faciale de l'individu.

Dans la classe II d'Angle (malocclusion distale), les dents du haut sont bien en avant de l'occlusion normale avec celles du bas, se trouvant d'ordinaire en mal engrènement complet. Dans ma pratique je rencontre un type de ce genre sur 10 cas. La moitié environ des cas ne présente pas de protrusion des dents du haut, si ce n'est légèrement, mais est caractérisée par une rétrusion marquée des dents du bas par rapport à la mâchoire inférieure et aux dents du haut. Ce serait une mauvaise pratique d'extraire des dents pour corriger ce type dento-facial de malocclusion.

L'autre moitié comprenant une variété de protrusions supérieures, les dents du bas et le maxillaire inférieur étant normaux, et les cas où les dents du bas et ce maxillaire sont en rétrusion, exige absolument l'extraction pour obtenir le meilleur résultat possible.

Il faut ranger dans cette division de la classe II la maléruption

des canines du haut, caractérisée par une protrusion marquée des dents de bouche supérieures par rapport à des dents inférieures normales. Ce type exige l'extraction.

Dans la classe III d'Angle (occlusion mésiale), un seul type demande l'extraction ; il est caractérisé par une protrusion marquée des dents inférieures par rapport à la mâchoire inférieure, accompagnée d'ordinaire par la rétrusion des dents du haut. Le seul moyen de corriger la protrusion faciale de la lèvre inférieure, c'est l'extraction. Mais ce type est très rare.

En résumé, l'extraction se recommande dans un cas sur 30 de la classe I d'Angle, dans un cas sur 20 dans la classe II, total un cas sur 25.

Classe I.

Les 15 cas marqués de protrusion bimaxillaire présentent les plus prononcées de toutes les difformités dento-faciales de ce type, bien qu'ils soient caractérisés par une occlusion normale des dents de bouche et que les dents labiales soient relativement en rapport typique.

Les dents et les maxillaires, dans leurs dimensions et rapports inharmoniques, ont crû suivant la loi d'hérédité par l'union de types dissemblables ou par la propagation de variations ; parce que ce n'est pas une loi biologique établie que les os puissent, par des forces naturelles ou artificielles, devenir plus gros ou plus longs que leurs dimensions inhérentes, autrement cette possibilité se serait manifestée depuis longtemps par la sélection artificielle.

Classe II.

La classe II d'Angle est particulièrement intéressante parce qu'elle contient des types qui, comme dans la classe I, diffèrent l'un de l'autre presque diamétralement dans leurs caractéristiques et dans la nature du traitement qu'ils exigent. Dans la moitié environ des cas, l'extraction est nécessaire pour la correction, tandis qu'elle serait dans l'autre moitié le comble de la maladresse. Les premiers sont caractérisés dento-facialement : 1° par une protrusion marquée de la lèvre supérieure avec la lèvre inférieure, et le menton est en position normale, les dents du bas et la mâchoire inférieure étant normales, la malrelation étant due seulement à une protrusion des dents du haut qui peut intéresser tout le procès alvéolaire et même le maxillaire ;

2° Par la protrusion supérieure accompagnée d'un manque absolu de proéminence du menton et de la lèvre inférieure, qui montre que la mâchoire inférieure et les dents du bas sont en rétrusion. Ces deux types et bien d'autres malocclusions mésio-distales peu-

vent être attribuées directement à l'hérédité et les forces de l'atavisme paraissent suffisantes pour reproduire les résultats de types mélangés depuis bien des générations.

Dans les cas où les dents inférieures et la mâchoire inférieure sont en harmonie, surtout quand elles sont en rétrusion dento-faciale, toute tentative pour amener une occlusion normale sans extraction a nécessairement pour résultat une protrusion de la lèvre inférieure par rapport au menton, la lèvre supérieure — dans une protrusion marquée — étant seulement partiellement corrigée.

A quelque âge que soit entreprise la correction dans ces cas d'hérédité le résultat final sera le même.

Si la correction est essayée sans extraction, elle consistera en une rétrusion de la denture supérieure dans toute la largeur d'une bicuspide, de façon à corriger les traits de la face en protrusion. Il est impossible d'exécuter et de conserver un mouvement en arrière si étendu d'une denture totale à un âge quelconque ; ce procédé ne serait même pas admissible pour de très jeunes patients, à cause de l'engrènement probable sur les molaires n'ayant pas encore fait éruption. On peut parvenir, dans des conditions très favorables, à déplacer en arrière la denture de la largeur d'une demi-cuspide avec la force intermaxillaire, ce qui implique que la denture inférieure sera déplacée en avant d'autant. C'était là la première proposition d'Angle pour tous les cas de sa classe II. Dans la plupart des cas où cela est essayé avec les appareils ordinaires, la denture inférieure est avancée environ deux fois autant que la supérieure est reculée.

Dans l'un ou l'autre cas la protrusion supérieure ne sera que partiellement corrigée, tandis que la denture inférieure sera en protrusion anormale. Le patient sera laissé avec une protrusion bimaxillaire, un menton en retrait, une disposition contrainte des lèvres, des dents proéminentes découvertes, les dents supérieures serrées et une position de celles-ci par rapport aux dents devant faire éruption qu'il est difficile de conserver à un âge quelconque.

La seconde moitié de la classe II d'Angle, où l'on ne devrait pas opérer d'extraction pour la correction se compose de types marqués de dentures inférieures en rétrusion par rapport à des mâchoires inférieures placées normalement, avec les dents supérieures normales ou en protrusion légère, tout en présentant les mêmes caractéristiques de malocclusion quand la protrusion supérieure est marquée.

Tous ces cas présentent la rétrusion marquée de la zone labio-mentale de la lèvre inférieure par rapport au menton, avec la même malocclusion distale des dents inférieures par rapport aux supérieures et avec une très légère protrusion de la lèvre supérieure, montrant que les dents du bas sont trop en arrière par rapport à la mâchoire inférieure comparativement aux relations typiques.

A ceux qui prétendent que toutes les malocclusions proviennent de maladies infantiles, je demanderai quelles sont ces maladies.

Ce doit être une maladie capable d'empêcher la denture inférieure de prendre sa position normale jusqu'à ce qu'elle provoque le saut distal des cuspides permanentes, car jusqu'à ce moment l'occlusion ne peut pas avoir d'influence pour les refouler en arrière. Est-il possible que cette occlusion après avoir commencé à agir puisse amener toute la denture inférieure en arrière presque à la largeur d'une bicuspide dans ses relations avec la mâchoire inférieure et les dents du haut sans repousser en avant sensiblement ces dernières?

Quiconque l'a essayé sait qu'il est impossible de repousser la denture inférieure à une grande distance par la force artificielle, et relativement aisé de faire avancer la denture supérieure ou la denture inférieure.

Supposons que des végétations adénoïdes aient interrompu le développement en avant de la mâchoire inférieure avec ses dents et que, après la fixation des molaires dans leur engrènement défectueux ces végétations adénoïdes soient enlevées ou disparaissent ; quand cette mâchoire continuera de se développer jusqu'à la grosseur normale, les mêmes forces mécaniques d'occlusion n'agiraient-elles pas sur les deux dentures comme dans l'état primitif?

Ce serait une mauvaise pratique que d'extraire les dents dans cette classe de cas, parce qu'un mouvement marqué en avant de la denture inférieure et un léger mouvement de rétrusion de la denture supérieure pour amener l'une et l'autre à une occlusion normale peuvent aisément s'exécuter avec la force intermaxillaire et surtout parce que ce mouvement est nécessaire pour compenser la rétrusion anormale de la dépression labio-mentale et corriger la légère protrusion supérieure.

Classe III.

Le type de la classe III d'Angle qui comporte l'extraction consiste principalement dans une protrusion marquée de la denture inférieure par rapport à la mâchoire inférieure, le menton étant en harmonie faciale.

Dans ce cas, toute la denture inférieure est en protrusion marquée par rapport à une mâchoire normalement placée.

L'extraction au point de vue scientifique.

Dans les 15 dernières années il a été émis des théories tendant à prouver qu'il ne faut pas pratiquer d'extractions pour corriger les malocclusions.

Lois de l'hérédité et variation.

Il est hors de doute pour les anthropologistes que la forme, la

structure et la relation des os du crâne humain et d'autres os du corps proviennent par évolution d'un être occupant le bas de l'échelle animale par les lois de l'hérédité, la variation, la sélection naturelle et les influences du milieu.

De même qu'on trouve des nez de toutes les formes par rapport à l'harmonie des traits qui les accompagnent, de même on trouve des dents de toutes dimensions.

Si les dimensions des arcades dentaires sont exactement proportionnelles mathématiquement à la largeur des incisives centrales supérieures, ces arcades seront parfois trop grandes ou trop petites pour l'harmonie faciale et dans une mesure qui constitue une difformité marquée. Souvent les dimensions des dents antérieures sont hors de proportion avec les traits. De plus, les mesures des centrales droite et gauche sont rarement semblables et varient souvent, à l'état normal, de 3/8 de mm. et souvent plus.

Dans beaucoup de protrusions, unimaxillaire ou bimaxillaire, le corps entier du maxillaire ou du moins la portion qui supporte le procès alvéolaire est en protrusion dans ses relations dento-faciales, ce qui est aisément déterminé par la proéminence du menton et la proéminence à la base du nez et le long de la partie supérieure de la lèvre supérieure. Dans beaucoup de ces cas, les dents sont en harmonie parfaite de dimension et de position avec les maxillaires en protrusion, dans la largeur de l'arcade, l'alimentation et l'inclinaison et hors de proportion avec les relations esthétiques des traits. De plus, dans les malpositions bimaxillaires, on trouve souvent des dents en occlusion typique chez les blancs et chez les hommes de couleur, parce que les deux dentures sont également en protrusion.

En outre, dans bien des cas la protrusion se remarque principalement ou totalement aux arcades dentaires et alvéolaires seules.

Ainsi on peut concentrer toute malposition dentaire ou dento-faciale indiquant immédiatement la loi de l'hérédité comme cause de maintes malocclusions des dents.

Considérations pratiques.

Dans presque toutes les protrusions typiques des dentures qui ne sont pas dues à des causes locales, les dents sont serrées, ce qui montre que toutes les dents participent à la malposition de protrusion.

Je suis partisan de la correction de bonne heure et en particulier du déplacement des dents de bouche de lait, ainsi que des premières molaires d'éruption récente pour les rendre normales, dans tous les cas de malocclusion disto-mésiale, même si les cuspides buccales engrènent tout à fait mal, à quelque âge que cette opération soit nécessaire. Les cas qui l'exigent sont : 1° ceux dus à des causes lo-

cales et qui autrement seraient normaux ; 2° ceux dus à une cause quelconque, si une des dentures est en rétrusion dans ses relations dento-faciales et si l'autre n'est pas tellement en protrusion qu'un léger mouvement distal puisse finalement corriger les traits faciaux en protrusion.

S'il en est autrement ou si c'est un cas susceptible de se produire quand une denture est destinée à être normale et la denture opposée nettement en protrusion par hérédité, l'opérateur peut être assuré que le traitement de ce genre, *à tout âge*, aura pour résultat définitif une protrusion bimaxillaire, défigurant la beauté du visage dans la vie adulte. Je ne crois pas non plus qu'on puisse dire ce que sont les conditions réelles à ce jeune âge, lorsque les os commencent à prendre la marque inhérente des progéniteurs.

Dans les centaines de cas que j'ai observés chez des enfants et chez des jeunes gens, il n'y avait pas de place à ménager dans les maxillaires, surtout dans les cas de protrusion, en arrière des molaires de lait, excepté à l'époque préparatoire à l'éruption des premières molaires, puis des secondes et enfin des troisièmes, ces dernières étant souvent obligées d'occuper des positions aussi serrées que quand les dents ne sont pas en protrusion.

En d'autres termes, dans tous les cas de protrusion typiques dus à l'hérédité dans la race blanche, la position naturelle des dents de l'arrière par rapport aux maxillaires ne permet qu'un mouvement distal très modéré qui n'empiète pas sur l'espace nécessaire aux molaires qui succèdent, espace dont la nature aura besoin à un moment quelconque.

Dans toutes les protrusions inhérentes qui menacent, si les molaires sont suffisamment déplacées distalement dans la première enfance pour corriger la protrusion sans extraction — ce qui n'est pas probable si c'est possible — on peut s'attendre sûrement à un désastre ultime.

Les os propres des maxillaires prennent les formes déterminées par les lois immuables de l'hérédité dans des conditions de développement sain de la même façon que les autres os du corps. Si la rapidité de leur développement précoce peut être hâtée, si le développement entravé peut être stimulé et si les formes des os peuvent se modifier légèrement par la courbure, je doute qu'on ait jamais prouvé que les forces naturelles ou artificielles les aient fait devenir plus longs interstitiellement que leur dimension inhérente normale.

Dans les malocclusions disto-mésiales marquées des dents de bouche qui ne sont pas nettement dues à des causes locales ou à des rétrusions d'une denture ou de l'autre, il est bon d'attendre le développement des traits de la face, qui fournit un diagnostic sûr et exact, puis de traiter suivant les règles de l'art et dans la mesure des besoins physiologiques.

CONCLUSIONS.

Il est admis et vérifié que les os dont le développement naturel a été empêché par la maladie peut être stimulé jusqu'au degré de croissance normale et que le développement physiologique des os peut être hâté par des stimulants artificiels, mais je doute qu'il soit possible de rendre les os d'un individu plus longs ou plus gros que cela leur est fixé par les lois de l'hérédité.

J'ajoute que cette question du développement des os n'est pas autre chose que la stimulation des activités physiologiques endormies ou empêchées, appartenant à une croissance et à un développement enouvelés des os.

Cette communication, qui a été faite à l'Association dentaire nationale des Etats-Unis, a donné lieu à une discussion que nous résumons ci-après :

DISCUSSION.

M. Cryer. — M. Case recommande de ne jamais extraire une dent pour faciliter l'opération. Cependant si le patient est nerveux, délicat, faible, si les irrégularités dentaires et l'état nerveux ont été produits par la même cause avant ou après la naissance et si les appareils augmentent sa nervosité, ne vaut-il pas mieux extraire une dent pour rendre l'opération plus aisée ?

Pour moi, toutes les irrégularités et malpositions des dents, sauf celles provenant d'accidents, sont le résultat de causes agissant avant la conception. L'orthodontiste qui croit que toutes les irrégularités dentaires sont postérieures à la naissance pourra seulement corriger les défauts de l'individu.

Quand le dentiste applique assez de force pour mouvoir les dents, elles se déplacent dans la direction de moindre résistance et, en raison de cette constante pression de la dent contre le procès, ce dernier s'abaisse et se résorbe et l'espace laissé par les dents avançantes sera rempli par de l'os nouveau du procès alvéolaire. Je ne crois pas que tout le procès soit entraîné en masse.

M. Dewey. — Je ne crois pas qu'il y ait beaucoup de gens dont les dents n'aient pas besoin de redressement. Même en admettant un nombre d'occlusions normales plus grand que celui qui existe, il n'y a pas de raison de croire que des inégalités existaient dans ces dents quand le patient était jeune. Par quel procédé ou quelle force les dents débordantes et serrées peuvent-elles être redressées sans aide ? Nous reconnaissons des *forces d'occlusion* nécessaires au développement d'une denture parfaite et l'une de ces forces est le point de contact proximal. Sans ce point de contact, qui ne se rencontre pas chez les jeunes enfants quand les dents sont serrées ou en rotation, l'occlusion normale est impossible.

Par hérédité on entend que le produit ressemble à l'espèce. Les malocclusions acquises ne surviennent pas brusquement et ne sont pas transmises, parce qu'on n'a jamais expliqué logiquement comment elles peuvent s'imprimer sur le germe de la cellule. M. Cryer semble dire que le mélange des races ou types produit les malocclusions.

Comment l'enfant peut-il hériter les mâchoires de la race noire et du crâne de son ancêtre blanc ? Si de grandes dents sont le résultat de l'hérédité dans les petites arcades, pourquoi n'y a-t-il pas un nombre égal de petites dents dans les grandes arcades ? Si ces états sont dus à l'hérédité, pourquoi ne les trouve-t-on pas dans les dents de lait ?

M. Hinman. — Pour redresser une protrusion bimaxillaire apparente feriez-vous l'extraction ?

M. Dewey. — Non. L'engrènement normal mésio-distal des molaires ne suffit pas pour établir l'occlusion normale des molaires. Dans la majorité des cas de la classe I il n'y a pas d'occlusion normale.

M. Ferris. — La nature fait tout ce que M. Case prétend qu'elle ne fait pas : elle harmonise toutes les parties anatomiques, même la couleur des cheveux et des dents, ainsi que la forme de celles-ci dans tous les types.

J'ai pratiqué la méthode Case d'extraction des premières prémolaires dans des cas de la classe II, division I et j'ai vu les patients se développer jusqu'à la maturité. J'ai de même traité des cas de la même classe d'après les principes d'Angle. Je me suis trouvé dans l'obligation de défaire un cas traité suivant la méthode Case.

Il y a des cas exceptionnels qui exigent un traitement exceptionnel, mais je trouve extraordinaire que 20 o/o des cas rencontrés par M. Case dans la pratique exigent l'extraction.

D'après mon expérience l'extraction n'est pas nécessaire dans plus de 1 cas sur 500 pour obtenir les meilleurs résultats.

M. Case. — L'os doit être stimulé pour raviver son développement. Un développement interstitiel, par stimulant artificiel ou autrement, ne peut pas être obtenu au delà de la dimension inhérente de l'os.

Dans la stimulation produite par la correction de la malocclusion, des activités endormies peuvent parfois être revivifiées. Si la denture supérieure est en protrusion par rapport aux lignes faciales esthétiques, si les dents et le maxillaire du bas sont en rétrusion par rapport aux dents et au maxillaire du haut, tout en étant normal par ailleurs, le placement des dents en occlusion normale, en poussant les dents inférieures en avant, ne fera pas croître le maxillaire inférieur jusqu'à une dimension harmonieuse, à moins que celle-ci ne soit imprimée sur ce maxillaire par l'hérédité.

L'extraction dans la classe II d'Angle a des effets nuisibles : c'est une mauvaise pratique.

Je répondrai à M. Dewey que j'ai enseigné pendant des années

que presque toutes les malocclusions que j'attribue à l'hérédité doivent être corrigées sans extraction et que c'est seulement dans la protrusion excessive que l'extraction est nécessaire. Quand elle est à un degré moindre, chez les enfants et dans la première jeunesse, ne jamais recourir à l'extraction jusqu'à ce qu'on soit sûr que le développement des autres parties ne corrigera par la protrusion dento-faciale qui reste après traitement sans extraction.

J'ai toujours prétendu qu'un mouvement distal des dents est une des principales fonctions de la force intermaxillaire.

Un grand nombre de variations de la forme normale, typique et esthétiquement parfaite se produisent chez l'individu par suite de causes locales ou par les influences de milieu, mais cela ne s'applique qu'aux maladies qui empêchent ou retardent le développement normal des maxillaires et des dents ou font indirectement que les muscles courbent les maxillaires en dehors de la forme qu'ils peuvent recevoir, en exceptant les accidents, l'hypertrophie, les forces artificielles.

Les variations dues au milieu provoquées artificiellement ne sont pas transmissibles, sauf dans les cas rares où les causes continuent à agir pendant des générations pour devenir finalement des variations inhérentes ou naturelles et des types constants. Les variations naturelles qui ne surviennent pas brusquement, mais sont légères se transmettent. Les malocclusions provenant de causes locales ne se transmettent certainement pas.

Je répondrai à M. Ferris qu'il y a une grande différence dans l'effet facial et les exigences de traitement dans la classe II, division d'Angle, et que dans la moitié des cas de cette division caractérisée par l'occlusion de la denture du haut environ la largeur d'une cuspide en avant d'une occlusion normale par rapport à la denture inférieure, l'extraction est une mauvaise pratique, parce que la malrelation disto-mésiale est due à une rétrusion de la denture inférieure plutôt qu'à une protrusion de la supérieure. Ces cas exigent un mouvement en avant de la denture inférieure marqué, avec une légère rétrusion de la denture supérieure pour harmoniser les traits de la face en plaçant ainsi les dentures en occlusion normale, le tout s'exécutant aisément avec la force intermaxillaire.

Même dans les cas de protrusion supérieure marquée pour lesquels l'extraction est nécessaire dans ma pratique, j'hésiterais avant de conseiller à un orthodontiste de l'école d'Angle de le faire, parce que suivant toute probabilité, l'emploi de l'ancrage à ruban et à clamps pour molaire et de l'arcade ne pourrait empêcher un mouvement d'inclinaison mésiale marqué des couronnes des dents de l'arrière. Il n'est pas étonnant que les hommes qui emploient ces appareils n'approuvent pas la proposition d'extraction.

(*Dental Cosmos*, février, mars, septembre 1912, janvier 1913.)

CAVITÉ DUE A UNE ÉROSION DANS UNE COURONNE D'OR

Par James Monis, de Sheffield.

Une jeune femme vint me consulter avec une première bicuspide supérieure gauche coiffée d'une couronne d'or présentant une cavité bien marquée due à une érosion à l'endroit le plus saillant. Les bords de l'or étaient devenus très minces et le plancher de la cavité était en ciment.

Cette dame me déclara qu'elle se brossait les dents deux fois par jour depuis 20 ans. D'autres cavités d'érosion, principalement du côté gauche tendant à appuyer cette déclaration ainsi d'ailleurs que l'état général de la bouche. La poudre dentifrice employée depuis 4 ans est une recette personnelle qui ne m'a pas été communiquée.

Cette cavité ne peut s'expliquer que si elle a été causée par la brosse et une poudre et vient à l'appui de la théorie mécanique de l'origine de beaucoup de cavités de ce genre. Les recherches de Miller tendent à le prouver, à supposer qu'elles ne le prouvent pas. (*Dent. Cosm.*)

REVUE ANALYTIQUE

Le développement des dents et l'occlusion comme facteurs du développement des os de la face.

Dans le développement depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte, les os grandissent sous l'influence de stimulants mécaniques et pour un développement normal complet une fonction normale vigoureuse est nécessaire. Inutile d'établir l'occlusion normale des dents si les stimulants fonctionnels ne sont pas distribués par elle et d'enlever les obstacles des conduits du nez si la malocclusion rend impossible la fonction normale. La croissance se manifeste vers le bas, en avant et en dehors, augmentant la distance du plancher du nez et du plancher de l'orbite aux bords incisifs des dents et augmentant la profondeur et la largeur des cavités nasales. (F. Bogue-Noyes, *Dent. Cosmos*, fév. 1913.)

Gangrène de la bouche après une injection de salvarsan.

Dritsaki cite le cas d'un médecin atteint de la malaria depuis l'âge de 15 ans qui fut traité par la quinine et le bleu de méthylène sans résultat. Il se décida alors à se soumettre à une injection intraveineuse de salvarsan. Cette injection fut suivie d'une réaction marquée, suivie d'hypertrophie du foie, de spleen et d'une gangrène des lèvres, des joues et de la langue qui alla en se développant. Le patient alla en s'affaiblissant et mourut d'épuisement. (*New-York Med. J.*)

Excrétion de substances médicinales par les glandes salivaires.

M. Percy Bowre, de Boston, s'est livré à des expériences pour prouver cette excrétion. Nous détachons ce qui suit de l'article dans lequel il rend compte de ces expériences.

Je ne partage pas l'opinion d'après laquelle les sécrétions salivaires ne jouent aucun rôle dans la carie dentaire. Il se peut que mes expériences soient imparfaites mais elles n'en servent pas moins à fortifier l'opinion qu'une étude suffisante de la question donnera les meilleurs résultats pratiques, à l'exclusion de toute action mécanique. (*Dent. Cosmos.*)

La question de l'extraction en orthodontie.

L'extraction est indiquée :

1° Dans le prognathisme accentué, quand aucun résultat ne peut être obtenu par l'ancrage intermaxillaire.

2° Dans le prognathisme, quand une diminution numérique existe dans le maxillaire inférieur par suite d'une extraction prématurée et que l'espace perdu ne peut être regagné (parfois en raison d'un âge avancé).

3° Pour les anomalies de la classe IV (anomalies latérales d'articulation, subdivision des classes II et III d'Angle), quand de nombreux

inconvénients sont ainsi évités au patient. Il ne s'agit ici que de la perte d'une prémolaire dans la bouche entière.

4° Pour la classe I, quand les dents présentes ne sont pas en rapport avec le corps du maxillaire retardé par des troubles de croissance et qu'une conservation des dents nuirait à l'aspect extérieur.

5° Pour la classe V, articulation ouverte, lorsque, grâce à l'extraction des molaires les plus profondément situées, un grand pas est fait vers l'amélioration de l'articulation ouverte.

6° D'une façon générale, chez les enfants faibles et de croissance retardée, non capables physiquement de supporter un traitement de quelque durée.

7° Pour les dents surnuméraires dont l'enlèvement peut seul égaliser le nombre de dents dans les deux mâchoires.

8° Dans les anomalies par augmentation numérique quand, par l'enlèvement de dents du maxillaire antagoniste, on égalise le nombre des dents dans les deux maxillaires établissant de ce fait une meilleure fonction masticatoire.

9° Dans les états pathologiques graves quand une conservation des dents de toutes les régions maxillaires est impossible.

10° Dans les anomalies secondaires, principalement à un âge avancé, quand un déplacement des dents n'est presque plus possible et n'est pas proportionné au travail qu'il nécessite.

11° Dans les anomalies des dents (dents doubles, conoïdes, formations dentaires hypertrophiques), préjudiciables à l'articulation et à l'esthétique.

12° Dans les anomalies des maxillaires, quand il existe un os incisif mobile, des fissures maxillaires, une semi-hypertrophie des maxillaires et que l'extraction des dents offre des avantages hygiéniques ou esthétiques.

On évitera l'extraction dans l'obstruction nasale, l'enlèvement de molaires dans l'espoir d'améliorer la position des dents antérieures ; enfin l'extraction ne sera pas pratiquée pour les anomalies créées par de mauvaises habitudes de l'enfant.

La question de l'extraction demande donc pour chaque cas une considération particulière. L'extraction systématique pour l'établissement de l'occlusion normale de même que la condamnation catégorique de toute extraction sont deux extrêmes auxquels le dentiste pensant ne se ralliera pas. (E. Herbst, *Oesterreichisch ungarische Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde* et *Laboratoire*, 23 mars 1913.)

La stérilisation par les vapeurs de formol dans la pratique chirurgicale.

MM. G. Gross et Barthélemy, de Nancy, sont convaincus du profit que les chirurgiens et accoucheurs pourraient retirer de la généralisation de cette méthode. Dans ce but, ils en rappellent les principes : formol commercial liquide, ou mieux poudre de trioxyméthylène employée à froid ou à chaud, dans des récipients métalliques appropriés et construits tout simplement en fer-blanc. Ils rapportent le résultat d'une série d'expériences ainsi instituées vis-à-vis : 1° des objets de

caoutchouc ; sondes, gants ou drains ; 2° des instruments ; 3° des fils à ligature ; 4° enfin des objets de pansements : compresses ou champs opératoires, ouate, coton, silk, gutta, diachylon, leucoplaste, etc. Ils s'appuient surtout sur les résultats cliniques, forts de 600 opérations jusqu'ici pratiquées par eux au moyen de ce mode exclusif de désinfection.

Voici finalement les avantages pratiques qu'on peut invoquer à l'appui de cette méthode.

Elle a d'abord le grand mérite de nécessiter simplement l'emploi de quelques boîtes métalliques, de permettre à tous et partout une stérilisation absolue économique et toujours prête. On peut l'étendre à tout le matériel chirurgical : instruments et fils à ligatures de toutes sortes, objets de pansements, sans altérer aucun élément de ce matériel. Il serait exagéré d'opposer cette méthode à la stérilisation par l'autoclave ou par l'étuve sèche. Les grands services de chirurgie ont à leur disposition des procédés de stérilisation de valeur égale tout aussi rapides que la stérilisation au formol à 55° en une demi-heure. Et, pourtant, ces grands services auront tout avantage à utiliser cette méthode pour les gants de caoutchouc, les fils de lin et les instruments tranchants.

Mais la désinfection au formol s'adresse surtout au praticien dont l'éducation chirurgicale peut et doit être aujourd'hui suffisante pour qu'il soit autorisé à entreprendre bien des interventions d'urgence dans un coin de campagne, loin de toutes ressources, sans avoir été averti à l'avance, et il devra pouvoir toujours trouver dans sa voiture tout le matériel nécessaire à une intervention de pratique courante et à un premier pansement. Une simple boîte métallique à quatre compartiments lui donnera tout le nécessaire : un compartiment sera réservé aux instruments, un autre aux compresses et aux champs, le troisième aux ligatures et aux drains, le dernier à l'ouate hydrophile et à une paire de gants de caoutchouc. Le couvercle retourné de la boîte lui servira de plateau pendant l'intervention pour laquelle le voici outillé et aménagé avec le maximum du confort chirurgical auquel il puisse prétendre.

Les six cents interventions de Gross pratiquées avec un matériel chirurgical stérilisé de la sorte, d'une part, les mille laparotomies et les mille cures radicales de hernie exécutées dans le service du professeur Gross avec les mains protégées de gants de caoutchouc stérilisés aux vapeurs de formol, d'autre part, sont des preuves indiscutables de l'excellence de cette méthode de stérilisation.

Et s'il est vrai que « dans toute méthode scientifique le progrès amène avec lui comme caractéristique la simplification », ce procédé essentiellement simple et pratique doit constituer un progrès dans la pratique journalière de la chirurgie. (*La Prov. Méd.*, 10 mai 1913.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 6 mai 1913.

Présidence de M. AUDY.

I. — CORRESPONDANCE.

La séance est ouverte à 9 h. 1/4.

Le secrétaire général fait part des excuses de M. Roussel, vice-président, qui ne pourra assister à la réunion.

Il annonce une conférence de M. le Prof. Warnekros, de Berlin, qui a fait des travaux très importants sur le traitement de la pyorrhée alvéolaire par le radium et qui a proposé de venir les exposer à la Société d'Odontologie. Le bureau a accepté cette offre. La conférence en question aura lieu d'ici 8 à 10 jours.

Le secrétaire général. — Vous allez entendre tout à l'heure la relation très documentée du voyage à Tunis, par MM. Audy et Zimmermann. Comme M. le Président ne peut pas vous dire lui-même tout l'intérêt de ce compte rendu, j'attire votre intérêt sur la façon brillante dont les auteurs se sont acquittés de leur tâche, je suis très heureux de l'occasion qui m'est offerte de remercier les femmes de nos confrères qui ont bien voulu assister nombreuses à notre séance d'aujourd'hui. Elles pourront se rendre compte de tout l'attrait de ces voyages et je ne doute pas qu'après avoir entendu ce compte rendu elles ne puissent résister au désir de participer à nos prochaines excursions.

II. — FRACTURE DU CONDYLE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR, AVEC PRÉSENTATION DU MALADE, PAR M. ROY.

M. Roy donne lecture de cette communication, publiée p. 481.

DISCUSSION.

Le président. —Je tiens à remercier M. Roy de la présentation qu'il nous a faite de ce malade. Ce cas est extrêmement intéressant, car nous le rencontrons assez rarement dans notre pratique.

Nous avons eu la bonne fortune d'entendre, il y a quelques mois, une communication de M. Gernez au sujet des ankyloses de la mâchoire. Le cas de M. Roy vient confirmer les assertions de M. Gernez à propos de la difficulté de diagnostic et d'examen de cette région.

L'avantage qu'il y a eu dans ce cas-là, c'est d'avoir affaire à un individu relativement jeune. S'il s'était agi d'une fracture avec interposition de lamelles cartilagineuses, cela aurait peut-être empêché une réparation aussi régulière.

M. Roy. — Je vous présenterai à une prochaine séance une observation intéressante d'une fracture quintuple du maxillaire inférieur.

III. — Appareil après ablation du maxillaire supérieur droit, par M. L. Ruppe.

M. Ruppe. — J'ai le regret de ne pouvoir vous présenter la malade dont l'appareil fait l'objet de cette communication. Cette personne ayant été opérée à nouveau il y a quelques jours au moment de poser mon appareil, je ne pourrai vous parler des résultats fonctionnels et esthétiques obtenus. Je me réserve de le faire dès que cette personne sera rétablie.

(Il donne lecture de sa communication et présente l'appareil qui en fait l'objet.)

Discussion.

M. Roy. — Je suis très intéressé par la communication de M. Ruppe. Il y a là un petit dispositif extrêmement ingénieux. Il a eu une idée très bonne, je crois, en divisant son appareil en deux et en faisant séparément l'appareil de restauration. Cela simplifie beaucoup l'introduction de cet appareil dans la bouche du malade.

Je lui demanderai seulement si cet appareil a été porté.

M. Ruppe. — J'ai seulement essayé l'appareil, mais ma patiente ne l'a pas encore porté.

M. Roy. — Ce qui serait intéressant à savoir, c'est la tolérance des tissus vis-à-vis de l'argent et vis-à-vis de l'appareil en lui-même, parce que nous sommes ici en présence d'une muqueuse extrêmement irritable. Il y a peut-être des portions de muqueuse nasale, et vous savez que la muqueuse nasale supporte difficilement la pression.

Vous avez très ingénieusement combiné cet appareil pour faire supporter à cette muqueuse nasale ou cicatricielle des pressions aussi modérées que possible, mais même avec des pressions modérées, il y a la sensibilité très grande de cette muqueuse qui fait que lorsqu'on est obligé de prendre des empreintes dans cette région on est souvent obligé de cocaïner.

M. Ruppe. — J'ai eu beaucoup de facilité pour prendre l'empreinte et la pièce restauratrice que j'ai laissée en place quelques instants à plusieurs reprises était bien tolérée.

On a fait une opération importante pour récidive ?

M. Ruppe. — Oui, l'ablation d'un nodule au niveau du bord antérieur du masséter et celle des ganglions cervicaux, depuis il y a de la para-

lysie faciale, et un orifice buccal si réduit que la malade ne peut se servir que de cuiller à café pour s'alimenter.

M. Roy. — Quel âge a la malade ?

M. Ruppe. — 66 ans passés.

M. Roy. — C'est un peu décevant de faire la prothèse pour les ablations de néoplasmes de la mâchoire. On se donne énormément de mal et on a à peine le temps de terminer cette prothèse que les malades font de la récidive.

On pourrait presque dire que c'est dommage de se donner tant de mal pour des cas qui donnent en somme aussi peu de satisfaction.

M. Ruppe. — Ces appareils peuvent s'appliquer aussi à des sujets jeunes dont les tumeurs de nature différente laissent une survie assez grande pour que dans ces cas nous rendions de réels services.

Le président. — Je remercie M. Ruppe de la présentation de son appareil. Il a la spécialité de nous apporter des appareils extrêmement ingénieux. Nous avons déjà eu de lui un appareil que nous avons regretté de ne pas avoir à Tunis, il devait nous le confier pour le Congrès, mais j'espère que pour l'année prochaine, quand il l'aura mis au point, il nous le présentera lui-même au Havre.

M. Dreyfus, vice-président, remplace M. Audy au fauteuil présidentiel.

IV. — La section d'odontologie au congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences en Tunisie (compte rendu du voyage et projections), par MM. Audy et Zimmermann.

M. Dreyfus. — Avant de donner la parole à M. Audy je profite de ce que j'occupe cette place pour excuser *L'Odontologie* de n'avoir pas encore publié le compte rendu du Congrès de Tunis. Ce retard est dû à une circonstance malheureuse : M. Vanel, qui en était chargé, a été atteint de la scarlatine à son retour et est encore en traitement à Marseille. Je suis sûr d'être votre interprète en lui adressant des vœux de prompt rétablissement.

Il est procédé aux projections, à tour de rôle MM. Audy et Zimmermann donnent l'explication détaillée de chaque vue.

De chaleureux applaudissements couvrent la fin des projections.

M. Dreyfus. — Vous venez d'entendre l'intéressante relation du voyage de nos confrères à Tunis.

Je crois que nous devons être profondément reconnaissants à MM. Audy et Zimmermann du beau voyage et de la belle randonnée que nous avons faite avec eux à travers la Tunisie sans insolation ni mal de mer.

L'auteur de l'article que nous avons lu tout à l'heure, M. Audy, a dit que les congressistes ont surtout fait du tourisme; j'espère cepen-

dant que le chapitre « science » aura été aussi intéressant que le chapitre tourisme. Quoi qu'il en soit, nous remercions M. Zimmermann de ses projections et M. Audy de son commentaire à la fois si clair et si détaillé. *(Applaudissements.)*

(M. Audy reprend sa place au fauteuil présidentiel.)

V. — L'emploi de l'hydroxydase en chirurgie dentaire et principalement dans les cas de pyorrhée alvéolaire, par M. Choquet.

M. Choquet donne lecture de sa communication (v. p. 486) et ajoute :

Cette communication n'a aucune tendance au point de vue scientifique. Je me suis placé purement et simplement au point de vue pratique. Je serais vraiment heureux si vous vouliez bien essayer vous-mêmes : vous serez étonnés des résultats que vous obtiendrez.

Discussion.

M. Roy. — Faites-vous des injections dans les culs-de-sac? Quelle quantité injectez-vous ?

M. Choquet. — Je nettoie les culs-de-sac aussi à fond que possible, puis j'injecte de l'hydroxydase dans chacun d'eux et, ceci terminé, je fais des injections intra-gingivales, qui ne sont pas douloureuses.

J'ai fait faire des ampoules d'un centimètre cube, de façon à pouvoir toujours opérer.

Les résultats obtenus sont, je le répète, absolument dignes d'attention.

J'insiste encore sur ce point que je vous ai signalé dans ma communication, c'est que je n'ai pas fait de traitement local. J'ai voulu me rendre compte.

M. Godon.— Depuis combien de temps faites-vous ces expériences ?

M. Choquet. — Depuis 6 mois environ. J'ai déjà 32 ou 34 observations.

M. Mendel-Joseph. — Je voudrais pour ma part souligner l'importance de la communication de M. Choquet. Non seulement elle touche à l'un des problèmes les plus complets de notre pathologie spéciale, mais elle nous permet d'entrevoir enfin la solution définitive de la grave question de la thérapeutique de la pyorrhée alvéolaire.

Il y a quelques mois je me suis trouvé à la Société de Pathologie comparée et j'ai eu le plaisir d'entendre la communication d'un membre, médecin-vétérinaire, sur l'action thérapeutique de l'hydroxydase dans les maladies infectieuses. L'auteur insiste sur l'influence stimulante de cette médication, particulièrement dans les états

adynamiques, quand l'organisme semble succomber sous l'action des toxines microbiennes ; il attribue l'effet bienfaisant de la médication aux propriétés radioactives de l'hydroxydase et à la présence des corps colloïdaux métalliques, véritables ferments.

La thérapeutique que M. Choquet a expérimentée pour combattre la pyorrhée se rapproche ainsi des tentatives faites à l'étranger, en Angleterre, en Amérique, en Allemagne, de sérothérapie plus ou moins spécifique, et certes, l'innocuité des injections des hydroxydases est autrement rassurante que l'introduction dans l'organisme des bouillons de culture dont la toxicité, quoique faible, est néanmoins incontestable.

La communication de M. Choquet mérite donc notre plus sérieuse attention. Le seul reproche que je me permettrai de lui faire, bien que je n'en aie point le droit, mais que je puise dans le droit supérieur que nous confère la discussion désintéressée des questions scientifiques, c'est de n'avoir pas traité cette question d'une façon plus large, de s'être borné uniquement aux faits de la pratique quotidienne. Il a toutes les qualités, la science et l'autorité nécessaires pour l'étude de cet important sujet, et j'espère que dans quelque temps M. Choquet nous apportera une communication nouvelle qui complètera celle d'aujourd'hui.

M. Choquet. — Je remercie M. Mendel-Joseph des paroles très aimables qu'il a bien voulu m'adresser, mais encore une fois je n'ai pas dit que je me contenterais simplement de cette note et mon intention est bien de continuer l'étude de cette question. J'apporterai à la Société d'Odontologie les résultats des autres observations que je ferai. Je tâcherai de les compléter d'une façon aussi parfaite qu'il me sera possible.

La grande difficulté pour mettre au point des observations c'est d'arriver à obtenir que nos patients s'astreignent à tous les soins, notamment aux piqûres intra-musculaires que nous sommes obligés de faire faire par leurs médecins.

M. Mendel-Joseph. — Nous avons tous les droits si cela doit guérir quelqu'un, si nous pouvons arriver à apporter un remède puissant pour le traitement d'une affection comme celle-là.

M. Choquet. — Je me résume en deux mots : ce que nous devons envisager dans les cas de pyorrhée, ce n'est pas seulement l'état local, mais encore et surtout l'état général.

Je vous remercie, Messieurs, de l'attention que vous avez bien voulu apporter à ma communication ; je prends dès maintenant l'engagement de continuer mes recherches et de vous en apporter les résultats d'une façon aussi précise que faire se pourra.

Le président. — Je remercie M. Choquet de sa très intéressante communication et nous prenons acte de sa promesse de continuer

les essais de l'hydroxydase et de nous apporter aussitôt que possible des observations détaillées, nombreuses et documentées comme M. Choquet a l'habitude de le faire.

La séance est levée à 11 heures 20.

Le secrétaire général,
R. LEMIÈRE.

*
* *

A l'occasion de la venue à Paris de M. le Prof. Warnekros et de la conférence qu'il a faite à la Société d'Odontologie, un banquet lui a été offert sous les auspices de la F. D. N. La plupart des présidents des sociétés dentaires y étaient présents et *l'American Dental Club of Paris* y était représenté par son président.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

6me CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Londres 3-8 *août* 1914.

Sous le patronage de S. M. LE ROI D'ANGLETERRE.

19, Hanover Square, Londres, W., *mai* 1913.

Messieurs et très honorés confrères,

Nous avons l'honneur de vous informer que le sixième Congrès dentaire international aura lieu à Londres les 3, 4, 5, 6, 7 et 8 août 1914.

S. M. le Roi Georges V a gracieusement consenti à prendre le Congrès sous son patronage.

Nous espérons avoir à cette occasion le plaisir de souhaiter la bienvenue à un grand nombre de nos confrères de tous pays, et rien ne sera négligé pour rendre la visite à la fois agréable et utile.

Nous comptons sur la coopération active des diverses Associations dentaires nationales représentées à la Fédération dentaire internationale. C'est à ces Associations que sera dévolue la tâche importante de procéder à l'élection des Comités nationaux destinés à seconder le travail du Congrès. Nous serons heureux de connaître, aussitôt qu'il vous sera possible de nous les communiquer, les noms et adresses des membres et du bureau de votre Comité national.

D'après les statuts du Congrès dentaire international, toute personne exerçant la profession en remplissant les conditions requises dans le pays où elle a reçu son instruction professionnelle, ou dans le pays dans lequel elle pratique, est admise comme membre.

La cotisation pour les membres du Congrès sera de 38 francs, et pour les membres de leur famille qui les accompagneront de 19 francs.

Nous vous remettons sous ce pli les statuts et règlements du Congrès. En temps voulu nous vous ferons suivre d'autres détails concernant les dispositions qui seront prises.

Agréez, Messieurs, l'expression de nos sentiments distingués.

J. HOWARD MUMMERY, *président.*

W. B. PATERSON, *président du Comité d'organisation.*

NORMAN G. BENNETT, H. R. F. BROOKS, *secrétaires généraux.*

BUREAU

Président : J. Howard Mummery.

Vice-présidents : W. B. Paterson ; L. Matheson ; W. Guy ; A. W. W. Baker ; le Président de la Bristish Dental Association.

Président du Comité de l'Organisation : W. B. Paterson.
Secrétaires généraux : Norman G. Bennett et H. R. F. Brooks.
Trésorier : H. Baldwin.
Bureau du Congrès et Bureau de la Fédération dentaire internationale, 19, Hanover square, Londres, W.

COMITÉ D'ORGANISATION.

(Article 16. — *Membres nommés par la Fédération dentaire internationale des Statuts.*)

George Goring Campion, William Guy, Walter Harrison, John Howard Mummery, William Bromfield Paterson (Président du Comité).

Membres nommés par la British Dental Association.

John Henry Badcock ; Harry Baldwin ; Norman Godfrey Bennett ; Henry Reginald Fryer Brooks ; Walter Harris Coffin ; William Henry Dolamore ; Arthur Hopewell-Smith ; Montagu Frank Hopson ; Léonard Matheson ; Frank James Pearce (secrétaires du Comité).

STATUTS DU CONGRÈS

Article 1er. — Le 6me Congrès dentaire international aura lieu à Londres, dans les locaux de l'Université de Londres et de l' " Imperial College of Science and Technology ", South Kensington, sous l'auguste patronage de S. M. Georges V, Roi et Empereur.

Article 2. — La séance d'ouverture du Congrès aura lieu mardi 4 août, à 11 heures du matin, et la séance de clôture samedi, 8 août 1914.

Les bureaux du Congrès seront ouverts pour l'inscription des noms des membres à partir du jeudi 30 juillet 1914, de 10 heures du matin à 5 heures du soir.

Article 3. — Le but du Congrès est de contribuer au progrès de l'art dentaire.

Article 4. — Seront membres du Congrès :

(*a*) MEMBRES ORDINAIRES. — Tous ceux qui pratiquent la profession de dentiste et qui ont le diplôme du pays dans lequel ils ont reçu leur éducation professionnelle, ou du pays dans lequel ils exercent leur profession. Les membres ordinaires doivent faire une demande formelle et payer la cotisation mentionnée ci-après.

(*b*) MEMBRES EXTRAORDINAIRES. — Les médecins et les membres de toute autre profession scientifique qui ont payé la même cotisation.

Toute demande d'admission comme membre du Congrès doit passer devant le Comité d'organisation qui, dans le cas de de-

mandes provenant de l'étranger, agira d'accord avec les représentants officiels des comités nationaux des nations respectives, en cas de nécessité.

Article 5. — La cotisation pour les membres ordinaires ou extraordinaires est de 38 francs.

Article 6. — PARTICIPANTS AU CONGRÈS NE POUVANT ÊTRE MEMBRES. — Les membres du Congrès peuvent être accompagnés par des membres de leur famille, moyennant le paiement d'une cotisation de 19 francs par personne.

D'autres participants peuvent être admis au Congrès sur la proposition d'un membre, moyennant le paiement d'une cotisation complète de 38 francs.

Les étudiants en chirurgie dentaire, dont l'identité est attestée par les Directeurs d'Ecoles dentaires reconnues, sont admis en qualité de participants, moyennant le paiement d'une cotisation de 19 francs.

Le nom de tous les participants doit être soumis au Comité organisateur et recevoir son approbation. Une personne ayant les qualités requises pour être nommée membre du Congrès ne pourra y être admise qu'en cette qualité.

Article 7. — Le montant de la cotisation doit être envoyé par mandat postal, traite ou chèque, payable au Trésorier du 6me Congrès dentaire international. Un reçu en bonne forme sera délivré contre chaque paiement.

Article 8. — Personne ne peut être inscrit au nombre des membres du Congrès avant que le montant de sa cotisation ait été reçu.

Prière d'indiquer aussi, au moment d'envoyer le montant de la cotisation, les nom, adresse complète et les titres et diplômes dentaires ou médicaux. Tout changement d'adresse doit être notifié immédiatement.

La carte du Congrès sera envoyée par le bureau, et l'admission au Congrès ne sera accordée que contre présentation de ladite carte.

Article 9. — Les membres du Congrès recevront le programme officiel, le Journal quotidien du Congrès, les catalogues des expositions et les comptes rendus du Congrès. Les participants au Congrès ne recevront pas les comptes rendus.

Article 10. — L'organisation du Congrès est confiée au Comité d'organisation nommé en conformité de l'article 16 des Statuts de la Fédération dentaire internationale, ou Bureau permanent des Congrès dentaires internationaux.

Article 11. — Les travaux scientifiques du Congrès seront faits dans :

(*a*) Des Assemblées générales.

(*b*) Des séances de Sections.

Le nombre des Assemblées générales et des orateurs aux Assemblées générales sera établi par le Comité d'organisation.

Il y aura une séance d'ouverture générale le mardi 4 août 1914, et une Assemblée générale de clôture le samedi 8 août. Il n'y aura pas de discussion à ces séances. A la séance de clôture le Président mettra aux voix la reconstitution de la Fédération dentaire internationale et communiquera le lieu et la date du prochain Congrès.

Article 13. — Le Congrès comprend 10 sections :

1° Anatomie, Histologie et Physiologie dentaires ;

2° Pathologie et Bactériologie dentaires ;

3° Chirurgie et Thérapeutique dentaires ;

4° Physique, Chimie, Radiographie et Métallurgie dentaires ;

5° Prothèse dentaire ;

6° Orthodontie ;

7° Chirurgie buccale et Prothèse chirurgicale ;

8° Anesthésie (Générale et locale) ;

9° Hygiène buccale, Instruction publique et Services dentaires publics ;

10° Enseignement dentaire ;

Les Sections peuvent avoir des séances en commun.

Article 14. — Les langues du Congrès sont l'anglais, le français et l'allemand. Les autres langues peuvent être employées avec l'assentiment du Président de Section.

Article 15. — Les comptes rendus du Congrès seront publiés par le Comité d'organisation. Les discours prononcés aux séances d'ouverture et de clôture, de même que les rapports (voir article 18), seront publiés en entier. Les communications et discours individuels des membres, et les rapports sur les démonstrations pratiques dans les séances de Section, seront publiés de la façon qui sera établie par le Comité, après entente avec les Comités de Section.

Article 16. — Communications et démonstrations particulières des membres. — Tous ceux qui désirent faire des communications ou des démonstrations pratiques doivent en informer le Secrétaire de la Section respective avant le 15 avril 1914. Le Bureau de la Section a le droit de faire un choix parmi les communications et démonstrations qu'il reçoit, et de refuser toutes celles qu'il ne désire pas. Des communications envoyées après le 15 avril peuvent être prises en considération seulement après que le programme aura été réglé, et sont sujettes au choix de la part du Président de Section.

Article 17. — Les communications peuvent être en anglais, français ou allemand. Elles doivent être envoyées au secrétaire de la section intéressée, préférablement écrites à la machine et prêtes pour l'imprimeur. Un extrait ou sommaire des points importants de la communication *doit* parvenir au secrétaire de la section avant le 1er juin 1914. L'avis de démonstrations pratiques doit contenir une liste des objets nécessaires à la personne qui fera la démonstration, et doit être reçu

avant le 1er juin 1914. Il sera accordé un maximum de 15 minutes pour la lecture d'une communication, et 5 minutes à chaque orateur prenant part à la discussion. Il sera accordé à l'auteur 5 minutes pour répondre.

Article 18. — Rapports. — Il sera consacré dans chaque section un certain temps à la discussion de questions importantes, choisies précédemment par le bureau de la section en tenant compte du caractère international du Congrès. Chaque discussion sera ouverte par un ou plusieurs rapporteurs choisis par le bureau de la section. Les manuscrits de ces rapports doivent être écrits à la machine et envoyés aux bureaux du Congrès avant le 15 avril, afin qu'on puisse les faire imprimer et les distribuer aussitôt que possible à tous les membres du Congrès inscrits à ce moment-là. Les rapports ne seront pas lus *in extenso* dans les sections. Il sera accordé à chaque rapporteur un maximum de 15 minutes pour un résumé, et 10 minutes pour répondre à la fin de la discussion. Il sera accordé aux autres orateurs prenant part à la discussion un maximum de 5 minutes seulement pour leurs remarques.

Article 19. — Le droit de reproduction des communications faites au Congrès devient par ce fait même propriété du Comité d'organisation qui en est le représentant.

Article 20. — Les assemblées seront tenues d'après les règles de discussion adoptées pour ce Congrès, mais il ne sera émis aucun vote et adopté aucune résolution sur des questions scientifiques. Toute résolution adoptée, après consentement du Président, sur une question de caractère pratique ou administratif, sera transmise aux secrétaires généraux, qui la soumettront au Comité exécutif de la Fédération dentaire internationale, lequel décidera si la résolution en question doit ou ne doit pas être mise aux voix à l'Assemblée générale de clôture du Congrès.

Article 21. — Si un orateur désire que ses remarques dans le cours de la discussion soient publiées dans le compte rendu du Congrès, il doit en envoyer un court résumé par écrit au secrétaire de la section avant la fin de la séance. (Les secrétaires fourniront à cet effet des feuilles spéciales.)

Article 22. — Toute correspondance doit être adressée au bureau du Congrès, comme suit :

The Hon. General Secretaries,
6th International Dental Congress,
19, Hanover Square,
London, W.

Télégramme BRIDENTION, LONDON.
Téléphone 528 MAYFAIR.

Règlement des discussions.

Dès que le président d'une section, ou, en son absence ou sur son désir, un des vice-présidents, ou un président honoraire, a ouvert la séance, il sera donné communication du sujet à l'ordre du jour et le président donnera la parole à l'auteur d'une communication, ou à un rapporteur, ou à tout autre orateur.

Pendant la séance le président doit maintenir l'ordre dans les discussions. Toute question de procédure doit lui être soumise, et sa décision sera définitive.

Chaque fois que le président se dispose à parler, tous les membres de l'assemblée doivent rester assis et garder le silence.

Les membres, avant de parler, doivent donner leur nom par écrit au président.

Les membres qui se disposent à parler doivent adresser leurs remarques au président.

Lorsque deux ou plusieurs membres se disposent à parler au Président, celui-ci décide lequel d'entre eux doit parler le premier.

Les membres qui désirent prendre part à une discussion doivent en informer un des secrétaires à l'avance, et celui-ci inscrira les noms dans l'ordre dans lequel il les aura reçus, sur une liste à l'usage du président.

Le Président notifiera à chaque orateur l'expiration du laps de temps qui lui est accordé d'après les Statuts (voir articles 17 et 18).

*
* *

Dans sa séance du 20 mai dernier le bureau de la F. D. N. s'est constitué en comité de patronage et de propagande du Congrès de Londres de 1914, ainsi que du Congrès dentaire de San-Francisco.

Prière d'adresser au secrétaire général, M. Henri Villain, toutes demandes de renseignements.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

STATISTIQUE DU PERSONNEL DENTAIRE

M. Arnold Cecconi nous adresse sur ce sujet l'intéressante lettre suivante, que nous publions avec plaisir :

Je viens de lire la statistique publiée dans *L'Odontologie* du 30 avril et je profite de l'appel de la rédaction pour vous signaler la statistique publiée par l'Annuaire « Medicus ».

Elle a trait à la répartition par arrondissement au 1er janvier 1914 pour Paris et le département de la Seine des patentes et des diplômes visés par la Préfecture de police.

Arrondissements.	Chirurgiens-dentistes.	Patentés.
1er	56	21
2e	17	17
3e	22	6
4e	30	9
5e	22	4
6e	52	8
7e	28	3
8e	95	34
9e	153	43
10e	54	6
11e	43	12
12e	22	2
13e	6	2
14e	23	3
15e	27	4
16e	30	6
17e	47	18
18e	35	12
19e	7	5
20e	6	4
	775	219
Saint-Denis..........	52	28
Sceaux..............	32	13
Total....	859	260

TABLEAU COMPARATIF DES 16 DERNIÈRES ANNÉES POUR PARIS.

	Chirurgiens-dentistes.
1896	164
1897	212
1898	231
1899	247
1900	266

1901	272
1902	290
1903	323
1904	344
1905	386
1906	420
1907	478
1908	529
1909	611
1910	691
1911	775

Il convient d'ajouter à ces chiffres, 137 stomatologistes (dont 2 officiers de santé) qui ne figurent pas sur les états des diplômés et des patentés, ce qui donne 1.256 praticiens pour le département de la Seine, et 1.131 pour Paris, les 137 stomatologistes y étant installés.

Sait-on qu'il y avait à Paris à la même date 3.849 médecins, 1.013 sages-femmes et 1.366 pharmaciens ?

Et pour terminer cette avalanche de chiffres, constatons que notre place est enviable dans le personnel traitant de Paris puisqu'il y a :

Un médecin pour 739,1 habitants.
Une sage-femme pour 2810 —
Un pharmacien — 2084,4 —
Un chirurgien-dentiste patenté ou stomatologiste pour 2499,7 habitants.

A. Cecconi.

Rappelons que la statistique publiée par le Ministère de l'Intérieur donne pour le département de la Seine 858 *diplômés et* 267 *patentés, au total* 1.125, *au lieu de* 1.256 *donnés par* Medicus.

LE SERVICE MILITAIRE ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES

On lit dans Le Matin *du* 4 *juin* 1913 :

Les chirurgiens-dentistes et les étudiants en chirurgie dentaire de Bordeaux avaient, il y a quelques mois, au cours d'une assemblée générale, émis le vœu d'être assimilés, dans l'armée, au grade de médecins auxiliaires, au titre de *dentistes auxiliaires* durant les deux dernières années de service.

Tous les groupements dentaires constitués de France ont adhéré à ce vœu et envoyé à cet effet des délégations auprès du ministre de l'Instruction publique. Malgré les promesses données, la commission de l'armée vient de voter le principe de la nouvelle loi militaire. Et cette loi continue à nous ignorer *officiellement*, bien que la plupart des régiments aient actuellement leur cabinet dentaire.

La commission de l'armée a assimilé les pharmaciens et les étudiants en pharmacie aux médecins. Elle a fort bien agi. Mais pourquoi ne ferait-elle pas pour les uns ce qu'elle fit pour les autres ?

Pour les étudiants et chirurgiens-dentistes. P. Caillaud.

LES CHIRURGIENS-DENTISTES MILITAIRES EN ALLEMAGNE

On lit dans le Leipziger Tageblatt *du* 24 *avril* 1913 :

En raison du manque d'officiers du Service de santé (officiers sanitaires, Sanitäts offiziere) dans l'armée il semble nécessaire que tous les postes qui reviennent actuellement aux médecins militaires ayant reçu un enseignement spécial soient occupés par des éléments pris ailleurs, dans l'intérêt pressant de l'administration de l'armée, afin que les médecins militaires puissent se consacrer au service médical général des troupes si important. Les chirurgiens-dentistes agissent actuellement dans un esprit conforme à cet intérêt avec juste raison en demandant que les chirurgiens-dentistes occupés à titre permanent par la Guerre et par la Marine reçoivent le *rang d'officiers sanitaires*, ce qui est corrélatif aux démarches faites en ce moment en vue de la création du titre de docteur en médecine dentaire.

Comme le temps a montré de plus en plus la nécessité que la Guerre et la Marine adjoignent aux corps de troupe des chirurgiens-dentistes pour les soins dentaires, afin de répondre à tous les besoins, l'Administration de l'armée *devrait considérer cette demande comme justifiée*, d'autant qu'on s'attend à ce que cette année même la création du titre précité soit chose faite. Dans les grands hôpitaux il arrive souvent que les médecins militaires qui les dirigent ont besoin du concours dentaire, qui naturellement leur est donné par des chirurgiens-dentistes civils. De plus, les volontaires d'un an pourvus du diplôme de chirurgien-dentiste peuvent d'eux-mêmes exercer dans les hôpitaux de garnison.

Il y a quelque temps l'Administration de l'armée a créé toute une série de *services dentaires* dans les hôpitaux de garnison, par exemple à Berlin, Breslau, Cassel, Coblenz, Chemnitz, Dresde, Hanovre, Ingolstadt, Karlsruhe, Königsberg, Landau, Leipzig, Magdebourg, Mayence, Metz, Munich, Nurenberg, Posen, Stettin, Strasbourg, Ulm et Wurzbourg. Ces services sont sous la direction d'officiers sanitaires possédant le diplôme de chirurgien-dentiste ou ayant reçu l'enseignement dentaire. Mais comme il ne faut pas s'attendre à ce que l'armée dispose d'un grand nombre d'officiers sanitaires ayant reçu cet enseignement, il en résulte qu'on est obligé de recourir aux chirurgiens-dentistes civils. C'est ainsi que dans de nombreux hôpitaux de garnison des chirurgiens-dentistes civils diplômés en Allemagne ont été nommés pour assurer le service en vertu d'un contrat, et prochainement l'Administration de l'armée se préoccupera d'assurer le service dentaire dans une mesure beaucoup plus large. Il faut donc admettre que de nouveaux services dentaires seront créés et que le

traitement dentaire dans les petites garnisons sera confié à des dentistes civils. Ce qui montre l'importance de ces sections, c'est le nombre de patients qui y ont été soignés en 1911-1912 : environ 35.000 hommes, tandis qu'il a été fait des pièces de prothèse pour 2.500 militaires environ.

L'ART DENTAIRE EN ALLEMAGNE

On lit dans la Post, de Berlin, *du* 14 *avril et le* Neues Tagblatt, de Stuttgart, *du* 29 *avril dernier* :

Les journaux de Berlin annoncent que le Conseil fédéral s'occupera prochainement de la création du *titre de docteur en médecine dentaire*, ainsi que d'autres desiderata des chirurgiens-dentistes formulés dans une nouvelle requête, demandant cette création, qui répondrait, dit-elle, au vœu unanime de la profession. Tous les professeurs de dentisterie des Universités et la Fédération des chirurgiens-dentistes Allemands réclament cette création. On espère que les pouvoirs publics de l'Empire et des Etats confédérés donneront satisfaction à la requête des dentistes en raison surtout de ce que tout récemment le titre de *docteur en médecine vétérinaire* a été créé. Le doctorat en chirurgie dentaire serait conféré à la suite d'une dissertation et d'un examen correspondant aux épreuves subies pour l'obtention des autres titres.

La requête expose en outre tout particulièrement que la transformation des études dentaires en études médicales générales nuirait à la profession et à la science et qu'un programme d'études distinct de celui des études médicales, ainsi qu'un examen spécial, sont nécessaires pour assurer à l'art dentaire le développement qui lui est dû. Elle réclame avant tout l'adjonction d'un 8e semestre d'études aux 7 semestres actuels. Elle insiste spécialement sur cette considération que cette réclamation est faite non seulement pour la profession dentaire, mais encore et surtout dans l'intérêt pressant du peuple, dont les besoins exigent impérieusement que la profession dentaire s'étende et que les études dentaires comptent dorénavant plus d'étudiants que jusqu'ici.

Les facultés des Universités sont en majorité favorables à la création du titre de docteur en médecine dentaire (*Dr. med. dent.*). Quelques-unes se réservent ; un petit nombre y sont opposées. Si cette création appartient à la Couronne et peut être décidée par les souverains régnants, l'adjonction d'un 8e semestre d'études aux semestres actuels est de la compétence du Reichstag (Parlement de l'Empire).

L'EXERCICE DE L'ART DENTAIRE EN ITALIE

Une loi votée en mars 1912 en Italie impose à ceux qui se destinent à l'exercice de l'art dentaire le diplôme de docteur en médecine.

Cette loi devant entrer en vigueur en 1913 il fut institué, transitoirement, des épreuves et examens, accessibles à ceux qui pouvaient justifier de huit ans d'exercice d'art dentaire et à ceux qui avaient fait trois années d'études dans une École dentaire italienne ou étrangère, d'Etat ou reconnue par l'Etat.

Les facultés italiennes viennent de terminer les sessions de ces examens uniques et définitifs.

La commission d'examen était composée de trois professeurs de faculté de médecine.

L'examen comportait trois épreuves.

1° Anatomie et physiologie buccales ;

2° Pathologie buccale et thérapeutique ;

3° Dentisterie opératoire avec examen clinique et épreuve pratique. Prothèse.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel des candidats aux examens de chirurgien-dentiste (2e édit.), par M. E. Friteau, 2 vol., chez O. Doin, Paris, 1912.

M. Friteau vient de donner une deuxième édition en deux volumes de son *Manuel des candidats aux examens de chirurgien-dentiste.*

Dans le 1er volume qui comprend l'*Anatomie*, l'*Histologie*, la *Pathologie* et la *Thérapeutique*, se trouve condensée la partie théorique de l'art dentaire.

Le 2e volume (*Dentisterie opératoire*, *Anesthésie*, *Prothèse*) est consacré à la pratique de la chirurgie dentaire, c'est principalement cette partie de la deuxième édition qui a subi les plus grandes transformations. On y trouve notamment la technique des inlays, de l'anesthésie des différents tissus dentaires, etc. ainsi que des chapitres consacrés à l'orthodontie et à la prothèse restauratrice.

Nous avons reçu du même auteur une étude sur les *nerfs sensitifs de la région gingivo-dentaire dans leurs rapports avec l'anesthésie générale.*

Die Erdsalze in ihrer Bedeutung für die Zahnkaries.

M. le Prof. Walkhoff, de l'Université, de Munich, vient de publier chez l'éditeur Hermann Meusser, de Berlin, un ouvrage intitulé « Les sels naturels et leur rôle dans la carie dentaire ». Cet ouvrage, qui est en même temps une contribution à l'anatomie normale et pathologique de l'émail de la dent, est une étude sérieuse et savante de la question, traitée de main de maître par son auteur. La brochure, de 29 pages, est illustrée de 36 fig. avec légendes très détaillées, réunies en 9 planches.

NÉCROLOGIE

Naphtel.

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort, à l'âge de 24 ans, de notre confrère M. Naphtel, D. E. D. P., de Monte-Carlo.

*
* *

Notre confrère M. Bacri, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'avoir la douleur de perdre sa sœur, Mme Marcel Canoui, décédée à Paris, à l'âge de 31 ans, le 31 mai dernier.

*
* *

Notre confrère M. Tomine, de Rennes, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être cruellement éprouvé par la mort de sa femme survenue, à l'âge de 33 ans, le 4 de ce mois.

Nous adressons aux familles éprouvées nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Société d'Odontologie de Paris.

La Société d'Odontologie de Paris a tenu sa séance mensuelle le mardi 3 juin 1913, à 9 heures du soir, à l'Ecole dentaire de Paris, sous la présidence de M. Audy, avec l'ordre du jour suivant :

1° Correspondance ;

2° Complication rare d'un abcès alvéolaire (Présentation du malade), par M. Roy ;

3° Le Radium et ses applications thérapeutiques, particulièrement au point de vue pharmacologique, par M. Jaboin, docteur en pharmacie ;

4° Histo-pathologie de la pyorrhée alvéolaire, par M. Mendel-Joseph ;

5° Le savon, agent de thérapeutique et d'hygiène, par M. C. André ;

6° Compte rendu scientifique de la Section d'Odontologie au Congrès de Tunis de l'A. F. A. S., par M. Vanel ;

7° Contribution à l'étude des pressions vestibulo-linguales et linguo-vestibulaires subies par les dents, par M. Godon ;

8° Incidents de la pratique journalière ;

9° Questions diverses ;

Nous publierons dans un prochain numéro le compte rendu de cette séance.

Nouveau syndicat dentaire.

Les chirurgiens-dentistes et dentistes du Nord de la France se sont constitués en syndicat pour les départements du Nord, Pas-de-Calais et Somme et tiendront leur première assemblée générale le 22 juin 1913, à Lille.

Le bureau provisoire se compose ainsi :

Président : L. Joly, Calais.

Vice-présidents : M. Luis, Amiens ; Cornille, Lille.

Secrétaire général : W. Fresco, Lille.

Secrétaire adjoint : Stiévenart, Boulogne-sur-Mer.

Trésorier : Crépon, Amiens.

Conseillers : Cohen, Valenciennes ; Bettmann, Lille ; Dupuis, Amiens.

Distinctions.

Nous apprenons avec le plus vif plaisir que le Conseil de l'Ecole de chirurgie dentaire de l'Université Laval, de Montréal (Canada), a décidé, dans une réunion spéciale, d'accorder à nos excellents confrères et collaborateurs MM. Pont et Vichot, de Lyon, le diplôme de docteur en chirurgie dentaire, en reconnaissance des services qu'ils ont rendus à la science dentaire.

Nous adressons nos très vives félicitations aux deux lauréats, que nous sommes heureux de voir apprécier ainsi à l'étranger, et nous rappelons à cette occasion que c'est la seconde fois seulement que cette distinction est conférée à des compatriotes, les deux premiers diplômés ayant été MM. Godon et Sauvez.

Mariages.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. H. Dumont avec Mlle Yvonne Fafe, célébré le 29 mai dernier.

Nous adressons aux nouveaux époux nos félicitations et nos souhaits de bonheur.

*
* *

On annonce les fiançailles de M. Louis Mousis, fils de notre confrère M. H. Mousis, de Pau, avec Mlle Yvonne de Massias.

Nous adressons nos félicitations aux fiancés.

U. F. D. N.

Le Comité exécutif de l'U. F. D. N. s'est réuni le 3 juin, à 6 heures du soir, chez le secrétaire général, avec l'ordre du jour que nous avons publié.

Après lecture de la correspondance et approbation des procès-verbaux de la réunion du 2 août 1912 et des séances du bureau des 27 septembre 1912, 17 février et 20 mai 1913, le Comité a adopté, après discussion, un ordre du jour du bureau tendant à la fusion de l'U. F. D. N. avec la F. D. N.

Il a fixé la prochaine assemblée générale au samedi 27 septembre 1913.

F. D. N.

Le Comité exécutif de la F. D. N. s'est réuni le 3 juin, à 7 heures du soir, chez le secrétaire général, avec l'ordre du jour que nous avons publié.

Après lecture de la correspondance et approbation des procès-verbaux de la réunion du 9 novembre 1912 et des séances du bureau des 8 mars et 20 mai 1913, le Comité a approuvé, après discussion, un projet de fusion de l'U. F. D. N. avec la F. D. N.

Il a fixé la prochaine assemblée générale au samedi 27 septembre 1913.

Société d'orthodontie d'Europe.

La société d'orthodontie d'Europe a tenu sa sixième réunion annuelle à Londres du 11 au 14 mai 1913, avec le programme que nous avons publié. Neuf nations y étaient représentées et les communications et discussions ont été des plus intéressantes.

M. Anema, président sortant, a été réélu président.

En 1914 la Société se réunira à Paris.

Société odontologique de France.

La réunion mensuelle de la Société s'est tenue le mercredi 28 mai, à 9 heures du soir, à l'Ecole odontotechnique, avec l'ordre du jour suivant :

1° Procès-verbal de la dernière séance mensuelle ;
2° Correspondance ;
3° Candidatures ;
4° Revue rétrospective des appareils de redressement, par M. Siffre, avec projections ;
5° Les dents et les glandes endocrines, par M. Regnart ;
6° Fonctionnement de la Revue ;
7° Incidents de pratique journalière et intérêts professionnels ;
8° Questions diverses.

Cercle odontologique de France.

La réunion mensuelle du Cercle odontologique a eu lieu le jeudi 29 mai, à 8 heures 3/4 du soir, à l'Hôtel des sociétés savantes, avec l'ordre du jour suivant :

Procès-verbal du 24 avril 1913.

Correspondance.

Blocs à recouvrements avec pièces de démonstration, M. Léger-Dorez.

A propos d'un eczéma des lèvres, M. Daniel Tzanck.

Appareil pour régulariser d'emblée plusieurs dents en rotation sur l'axe, M. Ruppe.

Suicide.

Un jeune étudiant de l'école dentaire de Nancy, M. René de Parade, 19 ans, dont la famille habite Noisy-le-Sec, a tenté, le 1er mai après-midi, de mettre fin à ses jours dans la chambre qu'il occupait, rue Saint-Michel, en se tirant une balle de revolver dans la région du cœur. Il a été transporté dans un état alarmant à l'hôpital. On ignore les causes de cet acte de désespoir.

L'administration du Journal s'excuse auprès des lecteurs qui ont reçu notre dernier numéro non affranchi, notre enquête a révélé que cette erreur avait été commise par un employé des postes de Châteauroux.

33e ANNÉE. N° 12 30 JUIN 1913 Vol. XLIX

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

APPAREIL APRÈS ABLATION D'UN MAXILLAIRE

Par Louis Ruppe.

(*Communication à la Société d'Odontologie.*)

La malade pour qui j'ai construit l'appareil que je vais vous présenter a été opérée en octobre 1912 d'un néoplasme du maxillaire supérieur droit.

La tumeur ayant envahi les régions voisines, il fut nécessaire de pratiquer, non seulement l'exérèse du maxillaire supérieur droit, mais aussi celle du vomer et d'une partie de l'ethmoïde et de l'os malaire.

En examinant la malade nous constatons :

1° Que l'affaissement considérable de la joue, entraîne celui de la paupière inférieure.

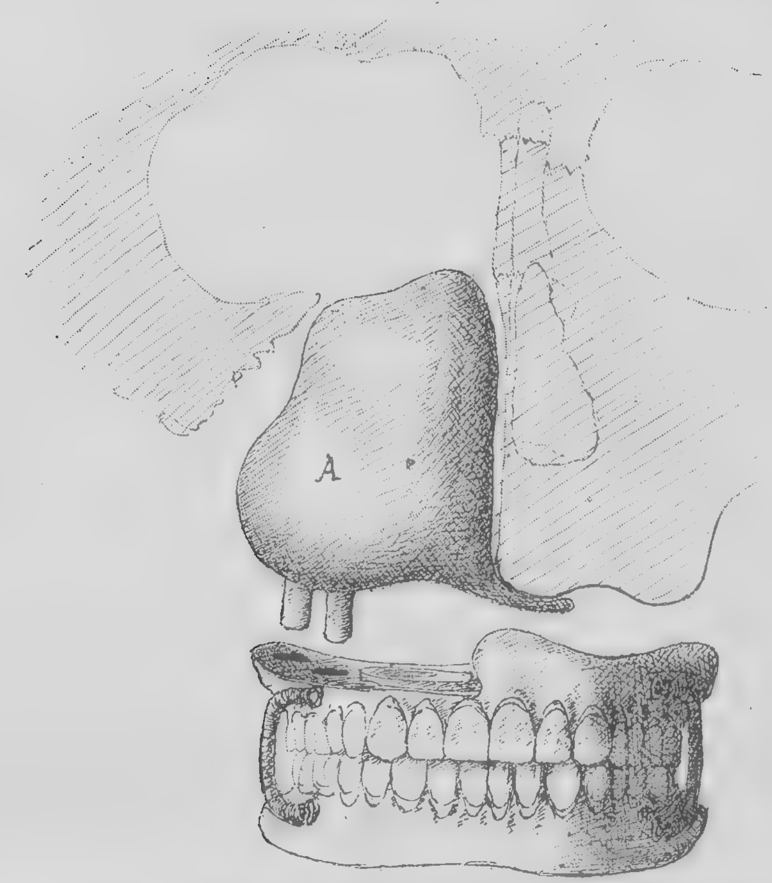
2° Que l'orifice buccal est réduit par la cicatrice de l'incision.

3° Que la phonation et l'alimentation sont pénibles ; en effet la cavité créée par l'opération fait communiquer la bouche avec le naso-pharynx.

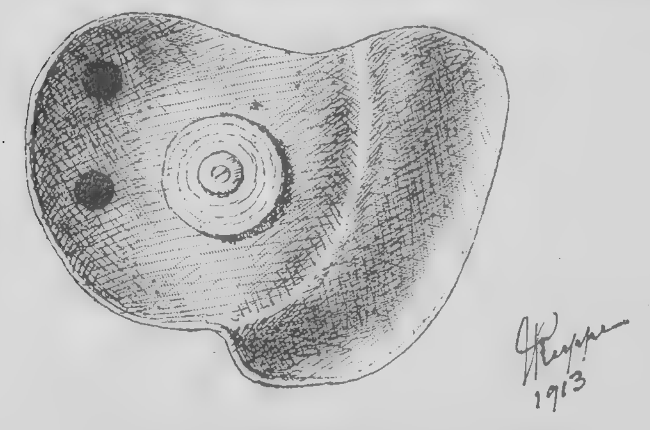
La cavité est parfaitement cicatrisée, ne suppure pas et les téguments qui la limitent en avant sont parfaitement libres, les brides cicatricielles ayant été sectionnées dans un deuxième temps opératoire.

La cavité est limitée en arrière par l'apophyse ptérygoïde, sur la ligne médiane, et à la partie antérieure par la cloison nasale sur une profondeur de 4 centimètres, car à la partie postérieure la cloison n'existe plus.

Par la brèche on aperçoit, à la partie supérieure des fosses nasales, l'orifice du sinus frontal droit.



A. Pièce restauratrice en rapport avec le squelette et le dentier.



Dentier. Pièce supérieure vue par sa face supérieure.

En février, la malade étant dans de très bonnes conditions pour supporter un appareil prothétique, je pris ses empreintes de la façon suivante : avec une grosse boule de cire ramollie, je comblai la cavité et j'exerçai sur la cire une pression assez forte pour distendre les parties molles et modeler les plans résistants. M'étant assuré du bon effet esthétique produit par ce bouchon de cire, je pris une empreinte au plâtre du maxillaire supérieur gauche et de la partie inférieure de la cire. Je sortis l'empreinte, puis la cire et les réunis ensuite pour confectionner le modèle. Je dépouillai l'empreinte, retirai la cire sans la fausser et reproduisis cette dernière en plâtre. Avec ce noyau de plâtre comme modèle je confectionnai, en la coulant en trois parties, une pièce creuse en argent, à la face inférieure de laquelle je soudai sur l'emplacement du bord alvéolaire 2 tiges très fortes, l'une au niveau de la 1re prémolaire, l'autre au niveau de la 2ème grosse molaire.

Cette pièce mise en place sur le modèle, je montai un dentier à ressorts ordinaire, qui n'a de particulier que d'être isolé de deux tiers de millimètre de la pièce d'argent, de présenter 2 tubes correspondant aux 2 tiges et un pas de vis pour monter une succion Godart sans logement, laquelle doit seule entrer en contact avec la pièce d'argent et amortir par son élasticité la pression qui s'exercera pendant la mastication.

Entre l'extrémité des 2 tiges de la pièce d'argent et le fond des tubes du dentier supérieur des rondelles de caoutchouc sont interposées et servent aussi à amortir la pression de bas en haut exercée par le dentier inférieur dans les mouvements de mastication.

La pièce d'argent, qui est à proprement parler la partie restauratrice de l'appareil, s'adapte dans la cavité, répare la perte de substance, soutient la joue et l'œil, empêche la communication de la bouche avec les fosses nasales, reconstitue par sa face inférieure la voûte palatine manquante et est maintenue en place par l'élasticité de l'orifice qui, étant d'un diamètre inférieur à celui de la cavité, permet son entrée dans la cavité et l'y maintient.

Cette pièce restauratrice prend point d'appui contre la 1/2 voûte platine par un épaulement et contre la cloison nasale par sa face interne.

Je fus conduit à séparer cette pièce du dentier supérieur pour plusieurs motifs : 1° l'étroitesse de l'orifice buccal ; 2° la difficulté de pousser le modelé de la cavité au niveau de l'emplacement du plancher de l'orbite avec un appareil supérieur d'une seule pièce, étant donné que les pressions produites par la mastication dans un appareil unique sont transmises directement aux parois de la cavité.

La réduction de l'orifice buccal est un obstacle constant en prothèse restauratrice et vous vous souvenez sans doute des merveilles d'ingéniosité qu'employait mon maître Delair pour lutter contre cet inconvénient. Peut-être pourrait-on dans les cas d'orifice buccal réduit aborder le problème différemment en réparant la perte de substance par une pièce restauratrice détachée et mise en relation avec un appareil buccal ordinaire par l'intermédiaire de caoutchouc mou ou de ressorts faibles.

LE SAVON LIQUIDE COMME AGENT THÉRAPEUTIQUE ET D'HYGIÈNE

Par C. ANDRÉ,
Pharmacien de 1re classe.

(Communication à la Société d'Odontologie, 3 juin 1913.)

Savon pur, Savon de Marseille, Savon liquide.

Le mot « Savon » appelle une définition ; il faut distinguer, en effet, le même mot servant à désigner deux choses qui ne sont pas identiques.

C'est d'abord le nom chimique donné aux sels des acides gras dont les principaux sont : *l'oléate*, le *margarate* et le *stéarate de potassium* ou de *sodium*, ces sels représentant le *savon pur*.

En second lieu, il s'applique au produit industriel dont le type est le *Savon de Marseille*, matière première qui, diversement teintée et parfumée, sert à former tous les savons de toilette.

Or, le savon de Marseille s'éloigne beaucoup par sa composition du savon pur : c'est un mélange ou, plus exactement, une solution. Cette solution, obtenue à chaud, de savon pur dans *l'eau alcalino-salée*, s'est concrétée par le refroidissement ; le savon chimique y entre pour 60 à 65 pour cent seulement.

Au moment où il vient d'être fabriqué, le savon de Marseille contient un excès d'alcali ; c'est une nécessité de fabrication. Cet alcali a précisément pour but de produire à chaud la fusion de la pâte, laquelle, grâce à cette fusion, devient, après refroidissement, ferme, consistante et élastique. C'est sur cette consistance spéciale que repose l'emploi du savon, tel qu'on le pratique ; si l'on ne faisait pas subir au savon la fusion à chaud que, dans l'industrie, on appelle liquidation, et qui représente la phase délicate et, pour ainsi dire, centrale de la fabrication, la pâte serait sèche, grenue, friable et, à l'usage, se dissocierait si difficilement

et si irrégulièrement par l'eau que son emploi serait presque impossible.

Le savon de Marseille diffère donc bien du savon pur, tout comme l'eau potable, par exemple, diffère du protoxyde d'hydrogène.

La quantité d'alcali libre que contient le savon de Marseille est variable avec les conditions de la fabrication et aussi avec la nature des huiles employées. Telles huiles exigent pour la fusion savonneuse une dose plus grande d'alcali que d'autres.

Mais, quelles que soient les huiles employées, cet alcali n'est jamais en proportion négligeable ; toujours, au contraire, il constitue un inconvénient grave pour les usages de toilette. Aussi ne se sert-on du savon de Marseille pour en faire les savons de toilette qu'après *carbonatation* aussi complète que possible à l'air et disparition de l'alcalinité. Pour faciliter l'action de l'air, le savon est débité en tranches minces, en copeaux, qu'on étale en surface jusqu'à ce que l'effet voulu soit atteint, ce qui demande toujours plusieurs mois.

La présence d'un excès d'alcali, qui est une obligation pour le savon de Marseille, à cause de la consistance à donner à la pâte, ne l'est plus pour le savon qui doit demeurer liquide. Il ne s'agit plus ici, logiquement, que d'obtenir une solution concentrée et neutre, c'est évident, mais pure également, c'est-à-dire ne contenant pas, en grandes proportions du moins, du chlorure ou du carbonate alcalin, qui sont inutiles.

On y arrive en se servant, comme matières premières, de corps gras liquides, les huiles, et non de graisses, en les épurant chimiquement pour les débarrasser des principes divers qu'elles contiennent, albuminoïdes, colorants, résineux, susceptibles de produire plus ou moins vite la rancidité. L'épuration chimique des huiles constitue, il est vrai, une opération supplémentaire et très pénible ; aussi est-on tenté de la supprimer comme n'étant pas indispensable. Il faut la pratiquer cependant, et cela encore pour une au-

tre raison, c'est qu'elle permet d'éviter les troubles continuels qui renaissent sans cesse dans le liquide, malgré des filtrations répétées, et lui donnent une apparence peu agréable.

Il reste enfin à éviter la *dissociation* que subissent les solutions aqueuses de savon et d'alcalinisation consécutive qui rend ces liquides mauvais. Il suffit, pour cela, que les solutions soient *concentrées* à 20 pour cent au moins de savon pur et faites, non avec l'eau pure, mais avec l'eau glycérinée à 10 pour cent. Concentrés et glycérinés, les liquides se conservent indéfiniment.

Le savon liquide ainsi obtenu est stérilisable à 120°-130° sans altération et réunit l'ensemble des qualités requises, en particulier d'être doux et très mousseux, pour servir à l'asepsie des mains et de la peau.

C'est le vrai savon *chirurgical*.

Savons antiseptiques et médicamenteux.

Il serait tout à fait inexact de n'envisager le savon liquide que comme possédant une forme susceptible de réaliser les exigences d'asepsie auxquelles ne se prête pas le savon en pain. En effet, il possède encore des propriétés dissolvantes et détersives incomparablement plus grandes ; et ces propriétés dissolvantes lui confèrent des propriétés thérapeutiques nouvelles qui le rendent précieux pour les maladies de la peau, qu'on l'emploie pur ou associé à des médicaments, ou même, et tout simplement, comme hygiénique, dans la toilette.

Dans l'association des médicaments au savon, les incompatibilités sont nombreuses et jusqu'ici on n'en a pas tenu suffisamment compte, parce que les incompatibilités se trouvent masquées, dans le savon en pain. Ainsi, on a préparé le savon boriqué, le savon au sublimé, le savon au soufre, sans se préoccuper de l'état dans lequel se trouvait finalement le médicament incorporé. Par suite, une revision sérieuse des formules s'impose.

La critique est facile pour les exemples que nous avons cités.

Le soufre est insoluble dans le savon et l'on ne voit vraiment pas l'utilité d'associer au savon un corps insoluble autrement que pour compléter par un effet mécanique de frottement l'action détersive.

L'acide borique décompose le savon en précipitant une quantité proportionnelle d'acides gras et en passant à l'état de borate alcalin. Il n'est donc pas possible de préparer le savon boriqué : c'est le savon boraté auquel on aboutit en incorporant l'acide borique.

Le sublimé, comme tous les sels métalliques, décompose le savon, le mercure étant séparé sous la forme d'un précipité inerte. Le savon au sublimé n'existe donc pas davantage que le savon boriqué.

Insolubilité du médicament, solubilité avec changement d'état, précipitation à l'état insoluble, tels sont les trois genres d'incompatibilité qui peuvent se présenter.

Une mention spéciale pour l'iode. Ce métalloïde se dissout dans le savon ; mais, au même instant, il attaque la molécule organique, l'oxyde et passe à l'état d'iodure et d'iodate alcalins. L'incompatibilité est double. D'ailleurs la dénomination courante de savon iodé est impropre puisque les formulaires font prendre l'iodure de potassium.

Voici la liste des savons médicamenteux qu'on peut préparer sans crainte d'incompatibilité : le salol, le camphre, le soufre, étant insolubles, n'y figurent pas.

Savon	ioduré	à base d'iodure de potassium ou de sodium	Sels alcalins
—	chloraté	— chlorate de potasse	
—	sulfureux	— polysulfure de potassium ou de sodium	
Savon	à base de borate de soude		
—	hydrargyrique	à base de biiodure de Hg. ioduré $HgI^2 KI$	
—	benzoïque	à base d'acide benzoïque	Acides de la série aromatique
—	salicylique	— d'acide salicylique	
—	au coaltar	— de goudron de houille	Goudrons divers
—	au goudron	— goudron végétal	
—	à l'huile de Cade	à base d'huile de Cade	
—	à l'ichthyol	à base d'ichthyol	

Savon phéniqué	à base	d'acide phénique		
— résorciné	—	de résorcine		Phénols
— thymique	—	thymol		et
— naphtolé	—	naphtol B		Congénères
— créosoté	—	créosote de hêtre		
— aux essences	—	huiles essentielles		

Les essences méritent qu'on s'y arrête un instant.

On peut les associer au savon dans deux buts différents: comme parfums et comme antiseptiques.

Elles sont toutes solubles dans le savon, même l'essence de térébenthine, moins soluble dans les dissolvants habituels des essences ; mais toutes ne demeurent pas sans changement après un certain temps. Les essences à *terpènes* (Carbure $C^{10} H^{16}$ et $C^{15} H^{24}$), dont le type est l'essence de citron qui en contient 90 pour cent, se modifient par condensation lente et séparation à l'état insoluble de leurs portions terpéniques.

On devra donc tenir compte de cette circonstance en antisepsie et choisir des essences appartenant à des catégories non terpénées ou celles dans la composition desquelles les terpènes figurent pour quelques centièmes seulement.

Parmi les essences les plus propres à être employées, en tenant compte du pouvoir antiseptique et de leur stabilité dans le savon, on peut citer : le géranium, la verveine, le thym, le serpolet, l'origan, la sauge, le romarin, le myrte, l'eucalyptus, la reine des prés.

En parfumerie, on emploie de plus en plus les essences déterpénées, les terpènes ayant une efficacité nulle au point ne vue odorant. L'industrie chimique fabrique couramment ces essences aujourd'hui.

REVUE DES REVUES

LE PROBLÈME DE L'ARTICULATION

Nouvelles considérations.

Par le prof. A. Gysi, de Zurich.

Loin de considérer le problème de l'articulation comme entièrement résolu, je me propose d'en poursuivre l'étude, car les solutions qui y ont été apportées jusqu'ici ne me satisfont pas. Le présent travail n'a pas non plus la prétention de lui donner une solution définitive ; ce n'est, au contraire, qu'un pas en avant dans la recherche de la vérité.

Je n'exposerai ici que la partie pratiquement utilisable des résultats auxquels je suis arrivé. Dans ce but, nous considérerons brièvement l'appareil masticateur de l'homme au point de vue mécanique et prothétique.

Le maxillaire inférieur se comporte comme un levier du troisième genre. Tous les êtres vivants pourvus d'une colonne vertébrale sont construits symétriquement. De même le maxillaire inférieur est partagé en une moitié gauche et une moitié droite. Nous avons ici affaire, par conséquent, à un double levier à un bras, et dont les deux extrémités libres sont réunies sur la ligne médiane, tandis que les extrémités axiales sont plus ou moins éloignées l'une de l'autre. Chez les vertébrés inférieurs ces extrémités axiales sont rapprochées, tandis que chez les animaux possédant une organisation plus élevée elles sont éloignées.

Chez l'homme les deux parties du maxillaire inférieur se présentent sous la forme d'un triangle équilatéral de 10 cm. de côté (triangle de Bonwill). Le maxillaire inférieur humain a donc trois points principaux dont nous allons étudier plus exactement les mouvements : Aux deux angles postérieurs du triangle se trouvent les condyles, qui constituent les extrémités de l'axe. L'angle antérieur est situé au point d'intersection des quatre incisives centrales.

Presque tous les articulateurs sont construits en tenant compte de cette observation. Il est par conséquent rationnel, lorsqu'on repère sur l'articulateur la position des modèles, d'employer un compas dont les branches sont ouvertes de 10 cm., de façon que le point d'entrecroisement des quatre incisives centrales (fig. 1 I) soit éloigné de 10 cm. des condyles (fig. 1 *c*) et soit placé à une hauteur moyenne d'environ 34 mm. plus bas que les têtes des condyles. Cette hauteur moyenne

du plan d'occlusion (fig. 1 O) est indiquée dans mon articulateur par deux protubérances à la partie postérieure (fig. 1 n') et par une gorge à la tige d'arrêt (fig. 1 n).

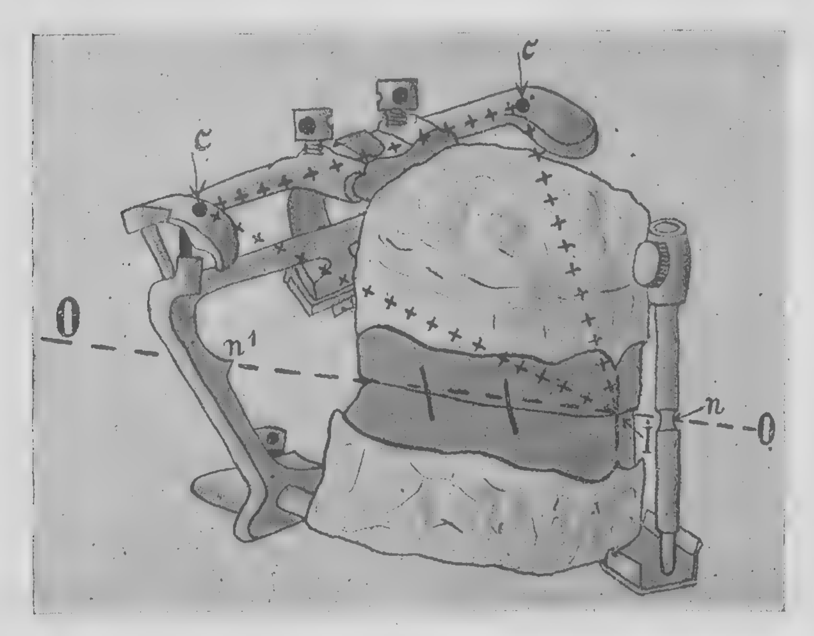


Fig. 1.

La figure 2 démontre la nécessité qu'il y a à ce que la distance entre les incisives des modèles de plâtre et les condyles de l'articulateur reproduise aussi exactement que possible celle qui existe dans la nature.

Dans la figure du haut, par exemple, imaginons un appareil de prothèse qui, dans l'articulateur, a été construit à une distance de 15 unités du condyle. Si l'on place cet appareil dans la bouche d'un patient dont les bords alvéolaires sont plus rapprochés des condyles de 2 unités, les molaires seules se rencontreront. Le contraire se produira lorsqu'on aura placé les modèles trop en arrière ; ce sont alors les dents de devant seules qui se rencontrent, et l'on se trouve contraint, une fois l'appareil terminé, d'en gâter l'aspect en corrigeant l'articulation à grands coups de meule. (Si donc l'on veut procéder avec une très grande exactitude, on ne devra pas se contenter de la distance normale moyenne de 10 cm., mais l'on devra, dans chaque cas particulier, mesurer cette distance au moyen d'un arc facial quelconque).

Le maxillaire inférieur étant donc un double levier à un bras, les têtes de condyles (ou points axiaux) ne peuvent pas constituer avec

la cavité articulaire une articulation à genouillère permettant des mouvements illimités dans toutes les directions. Mais ils représentent un moyen terme entre une articulation à genouillère, une articulation à charnière et une simple surface plane de glissement. Chez l'homme, le condyle du maxillaire inférieur n'est pas sphérique comme celui du fémur par exemple, mais il a la forme d'un ovale un peu allongé et repose dans une cavité articulaire assez ouverte.

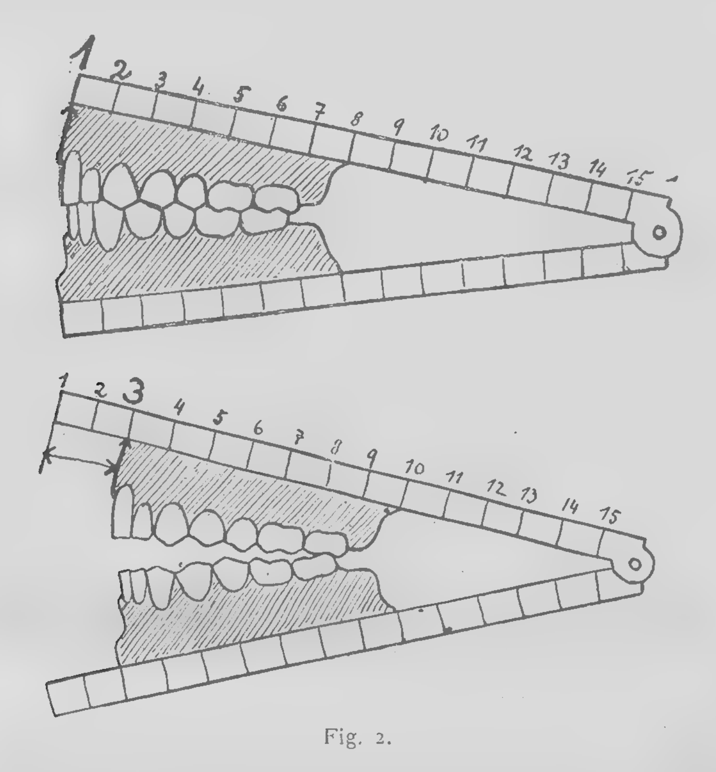


Fig. 2.

Dans le but de mieux comprendre l'articulation temporo-maxillaire chez l'homme, nous examinerons brièvement quelques articulations temporo-maxillaires dans la série animale (fig. 3).

Chez les **carnivores** les condyles constituent, avec la cavité glénoïde, une simple articulation à charnière : le maxillaire inférieur n'exécute donc pendant la mastication que des mouvements de *haut en bas ;* les condyles sont par conséquent placés transversalement.

Chez la loutre, l'articulation à charnière est si prononcée qu'on ne peut désarticuler le maxillaire inférieur sans occasionner une fracture.

Chez les **ruminants**, dont le maxillaire inférieur, pendant la mastication, se déplace surtout latéralement, les condyles sont sim-

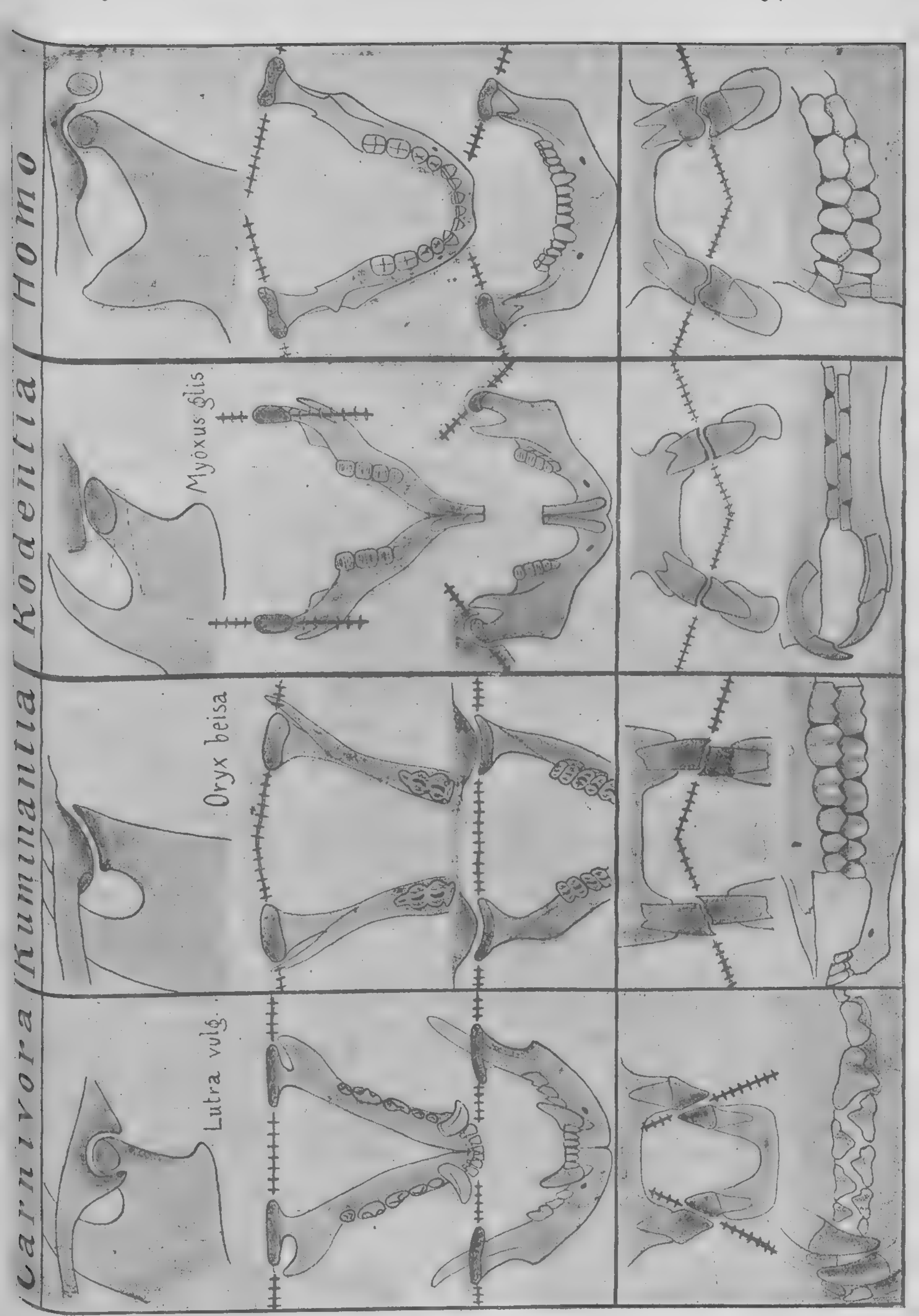

Homo
Rodentia
Ruminantia
Carnivora
Myoxus glis
Oryx beisa
Lutra vulg.

Fig. 3.

plement placés obliquement. Ils sont concaves et, au lieu de s'articuler dans des cavités articulaires, ils frottent contre des tubercules articulaires bombés.

Chez les **rongeurs,** dont le maxillaire inférieur pendant la mastication exécute surtout des mouvements d'*arrière en avant*, les condyles sont placés longitudinalement.

Chez l'**homme,** on trouve, pendant la mastication, une *combinaison de ces trois mouvements principaux.* Les condyles sont donc placés obliquement par rapport à deux plans et font un angle aussi bien avec l'horizontale qu'avec la verticale, c'est-à-dire que les condyles du maxillaire inférieur de l'homme sont, relativement au plan sagittal, dirigés en haut et arrière ; *cette position oblique empêche que les têtes des condyles, dans le mouvement latéral, ne glissent* directement *en avant comme on l'a toujours admis jusqu'ici.* Je reviendrai un peu plus tard sur ce point.

Les têtes des condyles sont ovalaires et convexes et articulent avec des surfaces articulaires dont la moitié postérieure seule est concave, tandis que chez les carnivores et les rongeurs c'est toute la surface qui est concave. La moitié antérieure de la surface articulaire humaine est convexe (tubercule articulaire). Chez les ruminants toute la surface articulaire supérieure est convexe.

La forme du maxillaire inférieur humain et par conséquent ses mouvements, sont les plus parfaits que l'on puisse rencontrer chez les êtres animés. L'homme peut, en effet, faire les mouvements suivants :

1° *Ouverture et occlusion* comme les *carnivores.* Le travail mécanique est alors celui d'un *marteau et d'un coin.* Pendant ces mouvements, ce sont spécialement les *bicuspidées* qui contribuent, par des mouvements de *brisement, de section et d'écrasement,* à la comminution grossière des aliments.

2° Des mouvements *en avant et en arrière* comme ceux des **rongeurs**. L'effet mécanique est alors celui d'une *pince* ou d'une paire de ciseaux. Pendant ces mouvements ce sont spécialement les *incisives* et les canines qui, par un travail de *section* et de *déchirement* produisent la comminution des aliments fibreux.

3° Des mouvements horizontaux comme ceux des **ruminants**. L'effet mécanique est alors celui d'une *meule de moulin.* Pendant ces mouvements, ce sont spécialement les *molaires* qui, grâce à leur large surface, exécutent un travail de broiement plus complet et achèvent de réduire en bouillie les aliments et spécialement les substances végétales tendres.

En prothèse dentaire on essaye depuis longtemps d'imiter ces *trois mouvements* et leurs combinaisons. On se sert pour cela d'un instrument appelé articulateur et destiné à faciliter le montage exact des *trois groupes de dents* de façon à permettre au porteur de l'appareil

d'exécuter les mouvements complexes de la mastication humaine et de lui permettre d'utiliser, avec leurs *trois modes d'action différents*, les trois groupes de dents.

Les articulateurs à charnière, qui sont malheureusement encore en usage dans environ 80 à 90 °/₀ des ateliers de prothèse n'imitent pas les mouvements de mastication d'une manière exacte, car ils ne permettent que les mouvements d'ouverture et d'occlusion tels que les exécutent les carnivores.

Les porteurs d'appareils de prothèse construits de cette façon en sont donc réduits à ces seuls mouvements qui ne suffisent pas à assurer ni la comminution, ni l'insalivation des aliments d'origine végétale. Notre estomac ne supporte pas à la longue, sans éprouver des troubles profonds, l'ingestion d'une nourriture insuffisamment préparée. Construire un articulateur anatomique exact, n'est donc pas une tâche facile, car depuis que Bonwill a fait connaître en 1865 le premier en date des articulateurs permettant des mouvements latéraux, on s'est continuellement efforcé de trouver des perfectionnements.

Si cette recherche a été si laborieuse c'est qu'on ne connaissait pas les véritables mouvements exécutés par les trois points du triangle du maxillaire inférieur de l'homme pendant la mastication.

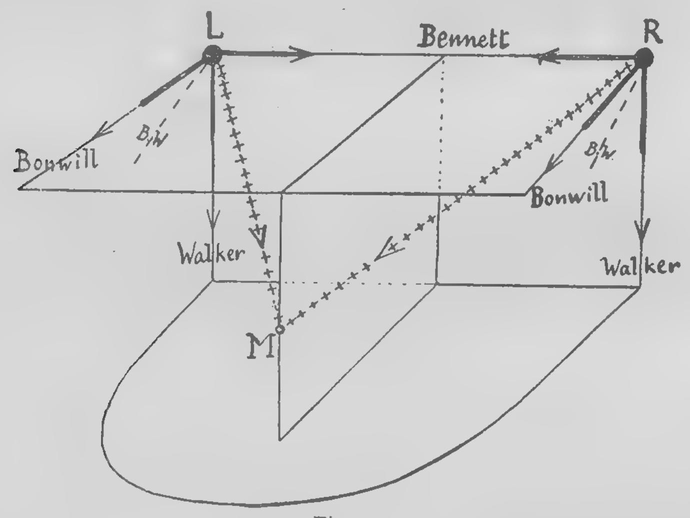


Fig. 4.

Le premier, Bonwill a remarqué que pendant les mouvements de mastication les condyles du maxillaire inférieur n'exécutent pas simplement un mouvement de rotation sur place. Il croyait avoir reconnu qu'ils glissaient *en avant et en arrière* (fig. 4). C'est ce qui explique le mouvement horizontal de son articulateur. En 1896,

Walker découvrit que les condyles glissent aussi de *haut en bas et de bas en haut*, en exécutant un mouvement qui se combine avec celui de Bonwill. C'est ce qui a déterminé Walker à construire un articulateur permettant les mouvements en avant et en bas et vice versa (B. W. fig. 4). Bonwill et Walker croyaient tous les deux que ce mouvement en avant des condyles s'exécutait *en ligne droite* (fig. 4).

En 1908, je réussis à construire un articulateur dans lequel ce mouvement s'opérait suivant une *courbe* ressemblant plus ou moins à un S. Dans la même année, Bennett, de Londres, découvrit que les condyles font encore un mouvement dirigé *transversalement* (fig. 4), mouvement qui se combine avec ceux découverts par Bonwill et Walker, de sorte qu'il se produit un mouvement diagonal des condyles (M. fig. 4).

Ce mouvement transversal de Bennett ne se produit que lors des mouvements latéraux, c'est-à-dire lors des véritables mouvements de mastication, mais c'est là justement la raison de la très grande importance qu'il va prendre au point de vue pratique pour le prothétiste.

Si l'on considère d'en haut les deux points postérieurs du triangle du maxillaire inférieur, pendant un mouvement d'ouver-

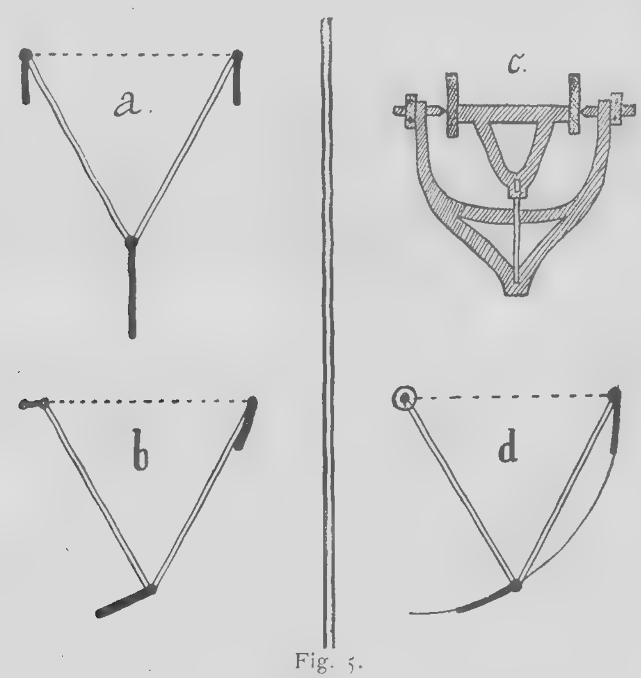


Fig. 5.

ture pur et simple (fig. 5 a) et alors que le sommet du menton s'abaisse directement en bas, à ce moment les deux points articulaires se dirigent parallèlement en avant et en bas, c'est-à-dire

que le mouvement transversal de Bennett ne se produit pas pendant les mouvements d'abaissement simple. Par contre, dans les mouvements latéraux (fig. 5 b) — c'est-à-dire lorsque le sommet du menton se dirige par exemple à gauche — le condyle droit ne fait pas un arc de cercle autour du condyle gauche immobile, comme Eltner le croit encore aujourd'hui (fig. 5 d). Dans un mouvement latéral conduisant le sommet du menton à gauche fig. 6), le condyle droit (B. fig. 6) ne s'avance pas parallèlement

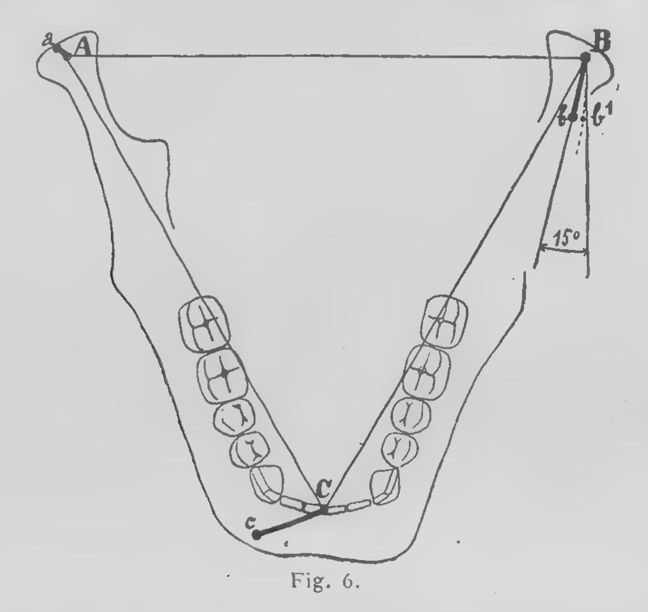


Fig. 6.

à la ligne médiane directement en avant et en bas, mais il fait en plus un mouvement en dedans de 5°-30°, soit en général d'à peu près 15° (fig. 6). La conséquence en est que le condyle gauche (A. fig. 6) est aussi repoussé un peu à gauche. *C'est là le mouvement transversal découvert par Bennett.*

De cette découverte que le trajet condylien, pendant les mouvements de mastication, ne se dirige pas seulement circulairement, directement en avant et en bas, mais qu'il exécute encore un mouvement plus ou moins transversal, il résulte que le trajet condylien est moins incliné qu'on ne l'a cru jusqu'à présent. La meilleure manière de comprendre ce qui se passe est de se représenter deux rues dont l'une monte directement une colline tandis que l'autre s'élève obliquement et par une pente plus douce sur cette même colline (le tubercule articulaire).

Si donc on veut déterminer le trajet exécuté par le condyle sur le tubercule articulaire soit avec mon enregistreur, soit au moyen

de ce même appareil modifié par Eltner, il faut faire exécuter par le patient des mouvements latéraux de mastication, car avec de simples mouvements d'ouverture et de fermeture on n'obtient que le trajet condylien le plus abrupt, qui pour le prothétiste est inutilisable.

C'est pour cette raison que les méthodes de mensuration du trajet condylien d'après Christensen ou Snow sont inexactes ; car on n'obtient par ces moyens que l'inclinaison que l'on constate lors de l'avancement du maxillaire. On n'enregistrerait donc la véritable inclinaison du trajet condylien que lorsque les mouvements transversaux sont peu accusés, et que les condyles, tant dans les mouvements latéraux que dans les mouvements d'avancement, suivent à peu près le même chemin sur le tubercule articulaire.

C'est à cause de ces mouvements latéraux des condyles que, dans un articulateur qui prétend à l'exactitude, les trajets condyliens ne doivent pas être dirigés parallèlement en avant, (Fig. 5 c), car dans ce cas les mouvements transversaux sont impossibles. C'est ce qui arrive par exemple dans l'articulateur Eltner.

Il résulte donc aussi de l'existence de ces mouvements transversaux que le point d'articulation ne constitue pas le point de rotation (Fig. 5 d) comme on l'a cru jusqu'à présent.

Mais alors où se trouve le point de rotation s'il n'est pas situé dans le condyle lui-même ?

Bennett a recouru à l'expérience suivante : Il déterminait par la méthode optique, simultanément et sur une seule et même surface verticale (par exemple la paroi de la chambre), les tracés qu'exécutent les *trois* points du triangle du maxillaire inférieur. Il enregistrait ainsi ces tracés vus par côté pendant un mouvement simple d'ouverture pendant que s'inscrivaient sur un plan horizontal, le plafond par exemple, vu d'en haut, les tracés du mouvement latéral.

J'ai répété ces expériences avec l'aide de notre collègue Steiger jeune, non seulement par la méthode optique de Bennett, mais encore par une méthode graphique directe et mes expériences par ces deux méthodes ont confirmé les résultats obtenus par Bennett.

Jusqu'ici on a toujours commis l'erreur de ne considérer que les mouvements des têtes des condyles, sans se préoccuper des mouvements de la région du menton, ou inversement on a étudié ces derniers sans prendre en considération le trajet condylien.

Je m'abstiendrai de fatiguer le lecteur par une description de l'appareil d'expériences que j'ai employé, et je ne donnerai que les résultats de mes recherches.

Les tracés des mouvements des condyles et des mouvements du menton enregistrés simultanément par ce procédé se présentent sous la forme d'un S peu accentué. Ils furent dessinés par nous

en trois étapes de sorte que chacune de ces étapes séparées peut être considérée comme une ligne presque droite (Fig. 7).

Si l'on élève une verticale sur la première étape du trajet condylien et une autre verticale sur la première étape du trajet du menton, le point d'intersection de ces verticales constituera naturellement le point de rotation commun des deux étapes (Fig. 7 V[1]).

C'est ainsi qu'il fut procédé pour les deux étapes subséquentes

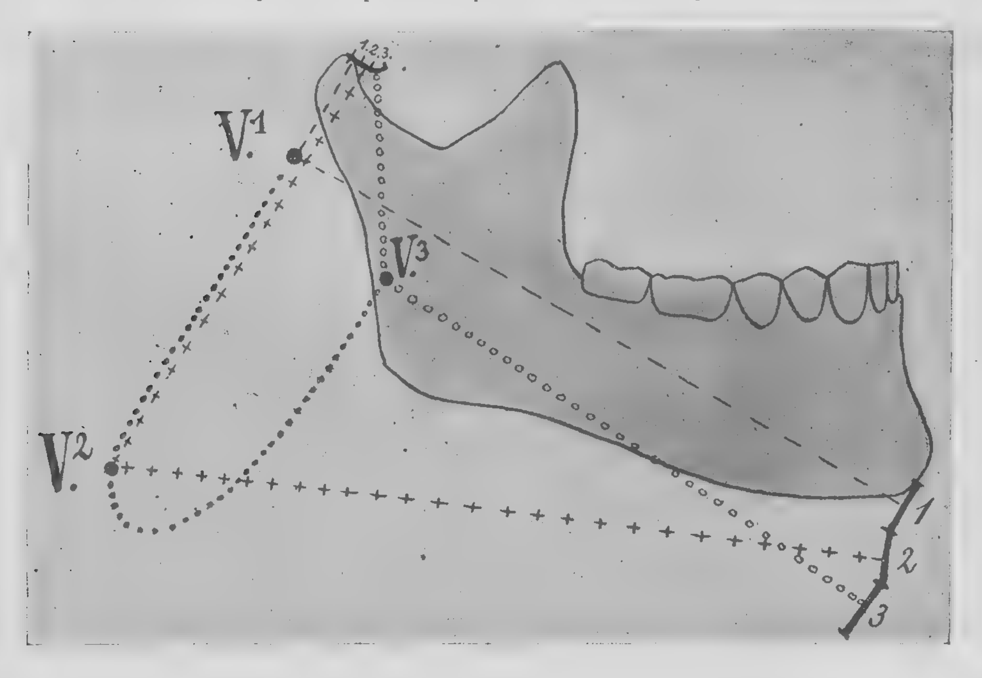


Fig. 7.

et nous fîmes à cette occasion la découverte surprenante que le point de rotation subit pendant un mouvement d'ouverture des déplacements considérables. Cette découverte entraîna Bennett à déclarer qu'il serait toujours impossible de construire un articulateur anatomique exact, possédant par conséquent un point de rotation ambulant. Toutefois je ne me suis pas laissé décourager par cette déclaration. En effet dans l'établissement d'un appareil de prothèse, ce n'est que du point de rotation commun de la première étape qu'il faut tenir compte, tandis que les mouvements d'ouverture plus étendus sur les étapes 2 et 3 sont sans influence sur la position à donner aux dents et parce que cette première étape du trajet du menton suffit amplement pour déterminer, pendant le montage d'une pièce de prothèse, de combien il faudra relever ou abaisser l'articulation.

Des trois étapes du trajet condylien total, il n'y a lieu de s'occuper dans la construction d'un appareil de prothèse que des étapes 1 et 2, car les mouvements de mastication latéraux ne comportent pas plus qu'une demi-largeur de molaire. Il n'est donc pas nécessaire de produire sur un articulateur les points de rotation (Fig. 7 V^2 et V^3). Le centre V^1 (Fig. 7) suffit, car cette étape 2 résulte d'une façon suffisamment exacte de ce centre, puisque les rayons de celle-ci se trouvent dans une même direction.

Le centre de rotation dont les prothétistes doivent s'occuper se trouve donc à mi-hauteur entre le plan d'occlusion et la tête du condyle et environ à 1 cm. en arrière.

D'un trajet condylien et d'un trajet du menton donnés (Fig. 8) nous pouvons déduire le mouvement d'un point quelconque du maxillaire inférieur. Nous constatons alors aussi que c'est derrière et sous la tête du condyle que se produit le plus faible mouvement.

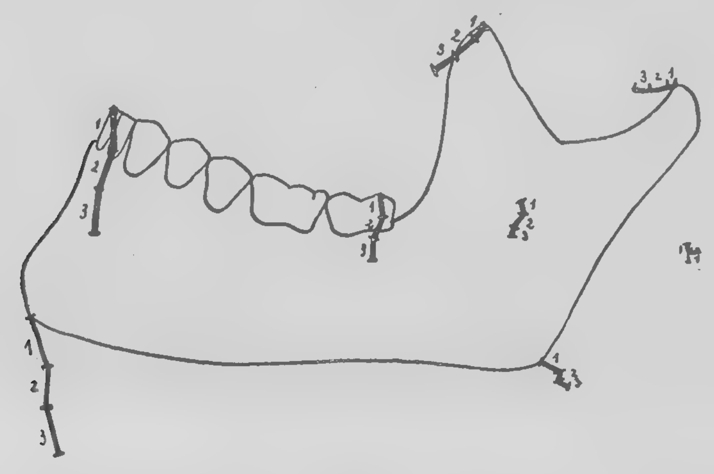


Fig. 8.

On peut démontrer l'exactitude de ce point de rotation de Bennett en fixant à un crâne, dans cette région-là, un plan résistant et au maxillaire inférieur un style (Fig. 9). Si l'on ouvre alors les maxillaires, les condyles font un mouvement très naturel d'avancement et d'abaissement. Or on sait que sur un crâne ce mouvement ne se produit pas spontanément si l'on ne tire pas le maxillaire en avant.

Dans la construction d'un appareil de prothèse, tant que la hauteur d'articulation demeure la même, il est indifférent que le point de rotation de l'articulateur soit situé exactement ou non. C'est ce qui se produit dans toutes les pièces partielles car ici la hauteur d'articulation, déterminée par les dents naturelles, reste par conséquent invariable.

Toutefois, dans la confection d'un appareil complet du haut et du bas, il peut arriver que l'on se décide au cours du travail à relever ou à abaisser l'articulation. Ce résultat peut aussi se produire par inadvertance. Si l'articulation s'abaisse, c'est généralement par suite de la plasticité de la cire dans laquelle les dents de porcelaine sont montées.

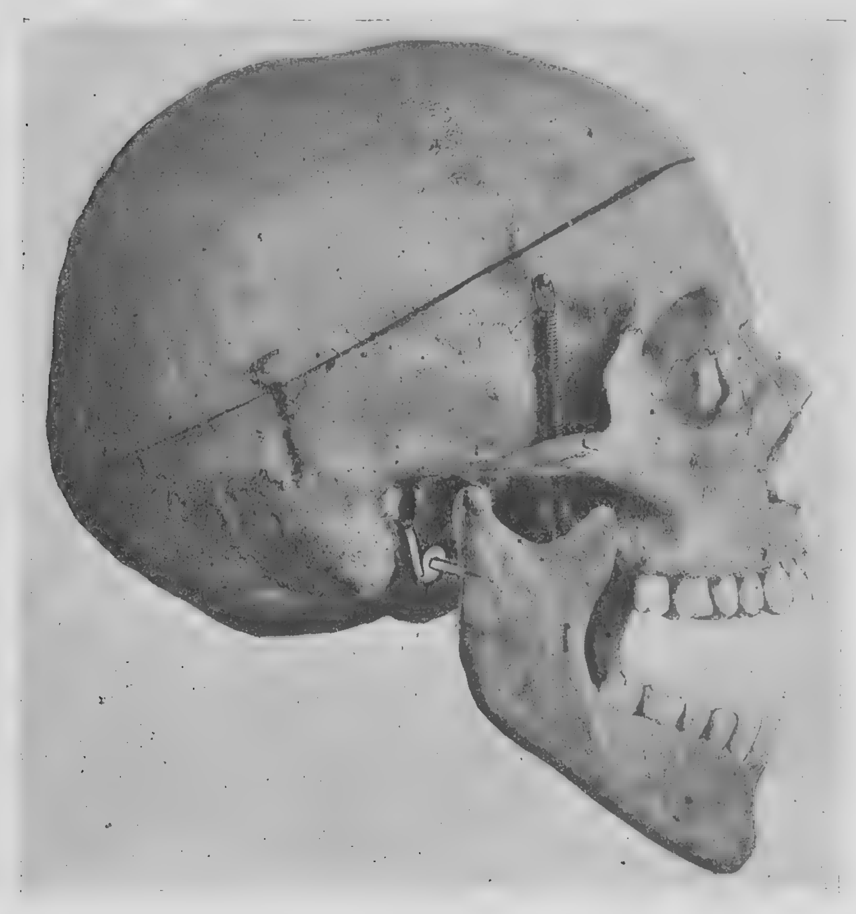


Fig. 9.

Dans ce cas il est important que l'articulateur ait un centre de rotation exact (Fig. 10 B et Fig. 11 V[1]), de façon que les incisives parcourent bien le tracé b-B afin que les incisives ne soient pas portées trop en avant dans la direction de *a*, ainsi que cela se produit dans les articulateurs dont le point de rotation se trouve dans le condyle lui-même (Fig. 10 A) (articulateur Itner) ou trop loin en arrière dans la direction de *c*, lorsque le centre de rotation se

trouve à la hauteur du plan d'occlusion (Fig. 10 C)(articulateur Kerr).

La raison pour laquelle les mouvements de mastication si compliqués qu'exécute le maxillaire inférieur humain sont restés si longtemps ignorés, c'est qu'il n'est pas possible de surprendre chez l'homme qui mâche aucun mouvement de latéralité pareil à ceux des ruminants par exemple.

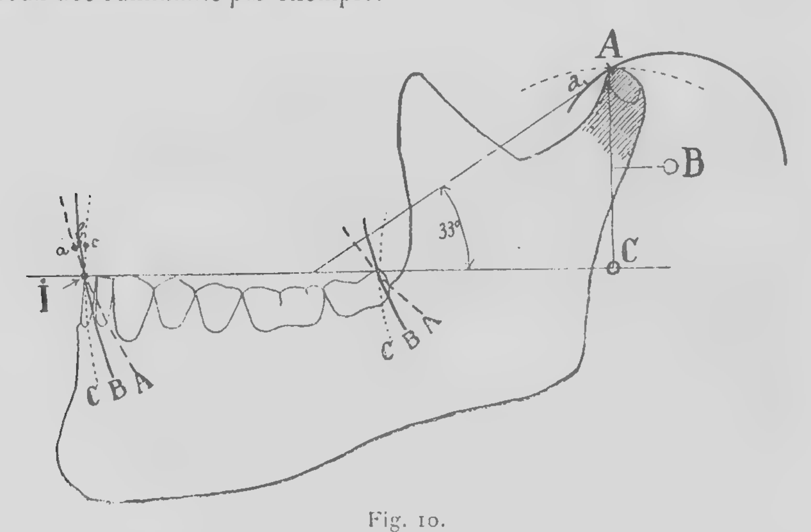


Fig. 10.

C'est pour cette cause que les articulateurs anatomiques, quoique leur découverte remonte à 1865, ne réussirent pas à supplanter, même dans une certaine mesure, les articulateurs à charnières. Les dentistes d'alors prétendaient qu'il était bien inutile d'employer des articulateurs anatomiques pour placer les dents de façon à rendre possible les mouvements de latéralité, puisque l'homme, différant en cela des ruminants, n'exécute pas de tels mouvements de mastication.

Ce dernier point de vue est du reste exact dans une certaine mesure, puisque l'homme ne fait à la façon des ruminants que la moitié seulement de ses mouvements de mastication, ainsi que nous le verrons plus loin. Toutefois, si les dents de porcelaine sont montées sur un articulateur anatomique de façon à rendre possibles dans leur entier développement, alternativement à gauche et à droite, les mouvements de meule qu'exécutent les ruminants, le porteur de l'appareil pourra aussi sans peine exécuter les mouvements de mastication de l'homme. Voici alors ce qui se passera :

Lorsque les lèvres sont fermées, le maxillaire est légèrement ouvert. Il se produirait dans la cavité buccale un abaissement de la pression atmosphérique, si la pression atmosphérique extérieure ne repoussait pas les joues en dedans, ce qui a pour effet de pousser le

bol alimentaire entre les arcades dentaires. Alors le maxillaire inférieur exécute en se fermant un petit mouvement latéral que le spectateur ne voit pas du tout et les dents se rencontrent dans la position de contact tubercules contre tubercules.

Pendant ce mouvement d'occlusion les parties tendres des aliments sont écrasées, comme des fruits dans une presse, de sorte qu'il ne reste entre les dents que les parties fibreuses plus résis-

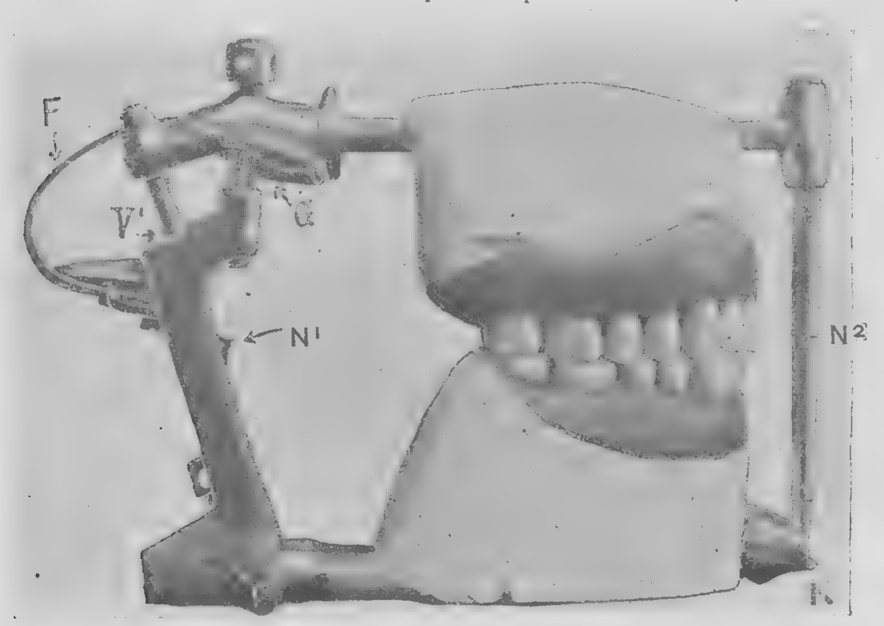


Fig. 11.

tantes, tandis que les arcades dentaires se rencontrent dans la position d'occlusion latérale sur le plus grand nombre possible de points.

Puis les dents glissent avec force dans leur position d'occlusion normale, les cuspides dans les sillons, et seul ce temps de l'acte masticateur est capable de broyer les parties fibreuses les plus résistantes, qui deviennent alors faciles à déglutir. Pour que ce mouvement soit possible il est indispensable que les dents soient placées de façon à permettre le mouvement de glissement latéral.

En partant de cette position d'occlusion, l'homme répète de nouveau les mouvements de mastication que je viens de décrire, c'est-à-dire que les maxillaires s'ouvrent un peu, etc.

Dans ces dernières années, divers articulateurs, avec leurs appareils de mensuration, ont été construits par Walker, Parfitt, Christensen, Amoëdo, Snow, Gysi, Luce, Eltner. Ces instruments permettent de déterminer pour chaque patient les conditions dans

lesquelles s'exécutent les mouvements des deux points postérieurs du triangle du maxillaire inférieur et de repérer ces mouvements sur les échelles graduées de l'articulateur, ce qui permet l'imitation la plus exacte possible des mouvements individuels du maxillaire.

Il était toutefois assez difficile de comprendre la manière d'exécuter ces mensurations quelque peu compliquées. Cette méthode n'avait été démontrée que dans un très petit nombre d'écoles dentaires et son introduction dans la pratique journalière rencontrait par conséquent de grandes difficultés.

C'est pour cette raison que je me suis efforcé, indépendamment de l'articulateur adaptable à chaque cas particulier et dont l'emploi exige la détermination des graphiques du patient, d'établir aussi, en tenant compte également des découvertes anatomiques les plus récentes, un autre articulateur ne possédant aucune partie mobile adaptable aux cas individuels et qui, par conséquent, n'exige pas qu'on prenne aucune mesure sur le patient. Toutes les parties importantes de cet appareil sont établies d'après des données obtenues en prenant la moyenne d'un très grand nombre de mensurations exactes.

Cet articulateur est donc, dans le plus grand nombre des cas, suffisamment exact et pourtant il est aussi facile à manier qu'un articulateur à charnière. Après avoir surmonté les difficultés du montage des dents, les prothétistes qui dans quelques cas anormaux désireraient une plus grande exactitude, devront entreprendre les mensurations individuelles et se servir d'un articulateur adaptable à chaque cas particulier, tel que celui que j'ai construit en tenant compte des nouvelles découvertes.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 14 mai 1913.

Présidence de M. AUDY.

La séance est ouverte à 9 h. 1/4.

Le président. — Nous avons le plaisir d'être réunis ce soir pour entendre les communications de M. le Professeur Warnekros sur la mécanique et la chirurgie dentaires et en particulier l'emploi du radium dans le traitement de la pyorrhée alvéolaire.

Je ne veux pas donner la parole à notre illustre conférencier sans lui souhaiter auparavant la bienvenue parmi nous. Je vous rappellerai que le Professeur Warnekros est conseiller privé de médecine, qu'il a été l'un des organisateurs du Congrès de Berlin en 1909. Beaucoup de nos confrères ont eu à ce moment-là le plaisir d'être reçus chez lui. M. Warnekros est actuellement professeur à l'Institut dentaire de Berlin, dont il a été le directeur. Nous lui devons de nombreux travaux,en particulier sur le radium et sur les fissures de la voûte palatine. Tous ces titres sont pour nous des titres scientifiques, ils augmentent encore le plaisir que nous aurons à entendre la conférence qu'il va nous faire ce soir. (*Applaudissements.*)

M. Warnekros remercie M. le président des paroles élogieuses qu'il vient de lui adresser et s'excuse de faire ses communications en langue allemande, étant donné qu'il ne parle pas français.

Le président demande à M. Hirschfeld de vouloir bien se tenir à la disposition de la Société pour la traduction des paroles du conférencier, ce que M. Hirschfeld accepte très volontiers.

M. Warnekros donne lecture de la communication que nous avons publiée dans notre numéro du 30 mai.

DISCUSSION.

M. Léger-Dorez. — Je suis heureux que M. Warnekros soit venu vous faire comprendre la valeur de mes précédentes communications en vous parlant du radium.

En Allemagne et en Autriche on fait depuis peu un emploi généralisé de l'émanation. Pour ma part, je crois l'émanation beaucoup moins efficace que le rayonnement. Vous savez que j'ai dit dans mes communications que le radium en rayonnement a relativement peu d'action sur les microbes, à peine en retarde-t-il le développement,

L'émanation perd de son intensité alors que le rayonnement la conserve. La première agira donc moins efficacement que la seconde.

Or l'émanation est peu constante puisqu'elle diminue de moitié en 28 minutes et totalement en 4 jours étant un gaz. Il faut la recueillir en vases clos et l'eau ne conserve sa saturation que si elle est en vase clos. En conséquence je ne pense pas que la fontaine apportée d'Allemagne remplisse ces conditions, puisque le liquide contenu peut s'évaporer à l'air libre.

Le radium employé à la guérison de la pyorrhée doit avoir une action profonde sur les téguments et les alvéoles et, seul le rayonnement peut prétendre à ces résultats.

Une fontaine renfermant au moins 1 milligramme de bromure de radium mélangé à 10 grammes de sulfate de baryum en vases hermétiques est seule capable de saturer l'eau de son contenu d'une émanation suffisante pour une action décongestionnante des tissus. Mais pour atteindre les profondeurs alvéolaires nous préférons le rayonnement qui nous a donné à Bercat et à moi les résultats surprenants que vous savez.

Le rayonnement pénétrant auprès des cellules dévoyées les ramène à l'état embryonnaire et c'est ce feu d'artifice, bombardement moléculaire, qui ramène l'état pyorrhéique à l'état normal.

Je ne pense pas que des briquettes contenant de la pechblende, surtout de l'actinium, soient capables (en vase complètement ouvert) de saturer l'eau d'une émanation suffisante pour avoir une action profonde sur les tissus.

Quant aux clichés radiographiques que vous montre M. Warnekros, ils me surprennent étrangement étant donné les expériences que nous avons faites. Sur les clichés vous voyez des dents ébranlées si complètement que les ligaments périphériques semblent complètement détruits jusqu'à l'apex. Or j'ai dit précédemment, toutes les fois qu'il y a mort absolue des tissus, il ne faut rien attendre du radium. Il ne peut agir que sur la pyorrhée naissante, c'est-à-dire lorsque ses cellules sont simplement dévoyées.

Or où le rayonnement est impuissant pourquoi voulez-vous que l'émanation triomphe ?

Quant au traitement des canaux par le beurre de cacao radifère, je suis très content d'avoir eu connaissance de cette nouvelle application du radium, parce que je vais l'étudier et m'en servir. Je remercie M. le professeur Warnekros d'avoir cité mon nom. Je serai très heureux, si une Société se fonde, d'en faire partie un des premiers.

M. Warnekros (Traduction de M. Hirschfeld). — M. Léger-Dorez objecte que cette émanation de radium n'est pas suffisante pour tuer tous les microbes, non seulement les microbes flottants de la bouche, mais surtout les microbes contenus dans les alvéoles.

M. Warnekros répond à ceci que ce n'est pas du tout là le but du radium. Il ne s'agit pas ici de tuer les microbes existants, mais bien plutôt d'empêcher la formation de nouveaux microbes; après avoir nettoyé l'alvéole, après avoir retiré le tartre des alvéoles, nous créons une blessure nouvelle, mais franche et nette ; il s'agit de préserver cette blessure contre la formation de nouveaux microbes. Or M. Warnekros prétend qu'avec ce rinçage de la bouche du patient à l'aide de cette solution on empêche la formation de nouveaux microbes qui pourraient provoquer des récidives de pyorrhée dans les alvéoles. Il dit que non seulement ce principe est employé pour la pyorrhée, mais que c'est là un principe tout à fait nouveau, moderne, qui existe maintenant dans la chirurgie générale. Il ne s'agit plus maintenant dans les blessures chirurgicales de faire des pansements antiseptiques qui arrachent plus ou moins la peau lorsqu'on les renouvelle. M. Warnekros vous présente ici un modèle de lésion au bras. Le chirurgien qui a opéré ce bras est venu le trouver pour lui demander comment il pourrait faire des pansements sans arracher chaque fois la surface de la peau de nouvelle formation. Pour cela M. Warnekros a inventé une sorte de capsule en celluloïd qui a été modelée à la chaleur de 80 à 100 degrés. Cette capsule forme tout d'abord un premier couvercle sur la plaie. Vous vous rendez parfaitement compte qu'au lieu de faire un pansement antiseptique sur la blessure qui se colle sur celle-ci et qui arrache chaque fois les granulations, le chirurgien applique cette capsule, ce couvercle sur la blessure. Ce dispositif est fixé à la peau, tout autour, par un emplâtre ; lorsqu'il y a lieu de faire un pansement de la plaie, le chirurgien n'a plus qu'à enlever le couvercle en question, il fait son pansement puis il referme le couvercle comme il a été dit.

M. Léger-Dorez. — La capsule en question est-elle radio-active ?

M. Warnekros (Traduction de M. Hirschfeld). — C'est absolument comme les granulations dans les alvéoles qui en somme ne doivent pas subir le contact avec de nouveaux microbes.

Notre discussion a certainement prouvé la nécessité de la formation d'une Société internationale pour l'étude des applications du radium.

M. Trauner est un homme d'une intégrité telle que tout ce qu'il dit peut être pris pour une vérité absolue.

J'ai vu chez M. Trauner des patients qui ont été réellement guéris. En fait de résultats pour la pyorrhée, il n'y a aucun doute, j'ai obtenu des succès absolument sûrs. Il est certain que dans la médecine générale, le radium va jouer et a déjà joué un rôle considérable.

Un grand spécialiste pour les maladies des femmes, a employé le radium pour des affections cancéreuses. Dans beaucoup de cas il a obtenu des cures qui ont été signalées, mais il n'omet pas de dire franchement que dans un ou deux cas, l'emploi du radium a provoqué

la mort. Cela a tout simplement prouvé que la façon dont le radium peut être employé n'est pas sans danger. Tel est le cas lorsqu'on emploie le radium par rayonnement. Ce mode d'emploi présente des dangers. Avec le procédé que je vous présente les spécialistes se trouveront maintenant en possession d'un moyen parfaitement anodin pour employer les émanations du radium, même dans des cas de chirurgie interne, les affections des femmes, par exemple. Cela a été essayé et on a trouvé là des résultats positifs.

Il est certain que si l'on suit textuellement et fidèlement les indications que j'ai données ce soir, nous pourrons réussir à combattre la pyorrhée alvéolaire.

J'ai trouvé déjà le moyen d'employer les émanations du radium à l'aide d'une force gazeuse ; il est certain que si de nombreux confrères se mettent sérieusement à l'étude de cette question, on finira par trouver d'autres modifications qui amèneront rapidement un usage général de ce procédé par tout le monde.

M. Léger-Dorez. — En tous cas la méthode préconisée en Allemagne me paraît bien supérieure si elle donne des résultats certains, surtout étant donné qu'avec ce procédé cela ne coûte que 50 francs.

Il y aurait évidemment avantage à mettre en pratique ce moyen plutôt que de recourir aux moyens chers. Quant à moi, les résultats que j'ai obtenus jusqu'ici sont absolument nets, probants, précis ; si avec l'emploi de l'eau on doit avoir des résultats probants, ce sera parfait : il faut essayer.

M. Warnekros. — J'ai dit que cette pierre garde indéfiniment sa force.

M. Léger-Dorez. — Oui, c'est de la pechblende enrobée.

Le président. — Avant de lever la séance je tiens à remercier très chaleureusement M. le Professeur Warnekros de toutes les choses intéressantes qu'il nous a présentées ce soir.

En commençant par la nouvelle façon de combiner les dentiers et terminant par la toute récente application du radium en art dentaire, après avoir admiré les obturateurs pour fissures de voûte palatine et les appareils de restauration faciale parfaitement réussis, nous venons de passer en revue presque tout ce que nous faisons en dentisterie opératoire, tout ce que nous faisons dans le cabinet.

M. le Professeur Warnekros va encore nous faire une démonstration de la mastication avec les appareils qu'il a construits.

Nous devons le remercier aussi de l'appareil à émanations de radium qu'il veut bien donner à l'Ecole. J'espère que nos malades profiteront avec avantage de son emploi *(Applaudissements).*

La séance est levée à 11 heures.

Le secrétaire général,
R. LEMIÈRE.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES DIPLOMES DE CHIRURGIEN-DENTISTE D'UNIVERSITÉ

La Fédération dentaire nationale a adressé au ministre de l'Instruction publique la pétition suivante :

Fédération dentaire nationale.

Paris, le 12 juin 1913.

Monsieur le Ministre,

Un arrêté d'un de vos prédécesseurs en date du 19 novembre 1912 admet les étrangers ayant obtenu l'autorisation d'accomplir leur stage et leur scolarité à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy à solliciter le *diplôme de chirurgien-dentiste d'Université*, en les dispensant des grades, brevets ou certificats exigés par le décret du 11 janvier 1909, s'ils ont subi devant ladite Faculté les examens prévus par ledit décret.

L'arrêté ajoute que des dispenses de stage et de l'examen de validation de stage pourront leur être accordées sur justification du stage qu'ils auront accompli *chez un praticien ou dans une école dentaire à l'étranger*.

Si la création d'un diplôme de *chirurgien-dentiste d'Université* ne conférant pas le droit d'exercice en France, si l'octroi de facilités d'études aux étrangers postulant ce diplôme se justifient aisément, il n'en est pas de même de l'oubli ou de l'exclusion des écoles dentaires françaises dans l'énumération des lieux où ces étrangers pourront faire leur stage et leur scolarité.

Il existe, en effet, en France, depuis 30 ans, nous n'avons pas besoin de vous le rappeler, monsieur le Ministre, des écoles dentaires libres, dans lesquelles le stage et la scolarité sont organisés en vue de l'obtention du diplôme d'Etat, délivrant valablement des inscriptions et donnant un enseignement théorique et pratique conforme au programme fixé par le décret du 11 janvier 1909. Il nous semble donc illogique et injuste que ces établissements ne soient pas mis, par l'arrêté susvisé du 19 novembre 1912, sur un pied d'égalité au moins avec les écoles dentaires étrangères, comme cela s'est toujours fait.

Cette mesure s'explique d'autant moins que précisément les écoles dentaires existant en France comptent depuis longtemps parmi leurs élèves un grand nombre d'étrangers qui viennent leur demander leur enseignement.

Le recrutement des étudiants en chirurgie dentaire, déjà rendu plus difficile par les exigences du décret du 11 janvier 1909, très prochainement aggravées par l'obligation de trois années de service militaire, va se trouver encore amoindri par l'exclusion des écoles dentaires françaises de tous leurs étudiants étrangers postulant le diplôme de chirurgien-dentiste d'Université.

La Fédération dentaire nationale française, qui a la charge et le souci de la défense des intérêts généraux de la profession de chirurgien-dentiste, s'est émue de cette exclusion des écoles dentaires françaises, fondées et patronnées par les associations de praticiens composant la Fédération et par les hommes les plus éminents de la science et de la politique, comme MM. Debove, Gariel, Labbé, Pinard, Pozzi, Roger, Mesureur, Paul Strauss, Combes, Léon Bourgeois, Millerand, Chautemps, etc.

D'autre part, tout en comprenant l'intérêt qu'il y a pour les Universités françaises d'attirer les étudiants étrangers afin de répandre dans leur pays l'influence française, on a paru craindre, dans certains milieux professionnels, que certains d'entre ces étrangers ayant obtenu le diplôme de chirurgien-dentiste d'Université ne soient autorisés à transformer ce diplôme en diplôme d'Etat, leur donnant droit d'exercice légal en France.

Si, en effet, cette autorisation leur était accordée, les chirurgiens-dentistes français et les étudiants français postulant le diplôme d'Etat en épouveraient un préjudice réel, en raison de la différence d'obligation que comportent ces deux diplômes.

En conséquence, la Fédération dentaire nationale française a l'honneur de vous demander, monsieur le Ministre, de vouloir bien ajouter à l'arrêté du 19 novembre 1912 une phrase mentionnant : 1° que les étrangers *pourront*, comme ils le font pour le diplôme d'Etat français, *faire leur stage et leur scolarité dans les écoles dentaires françaises*, en vue du diplôme d'Université ; 2° que le diplôme de chirurgien-dentiste d'Université ne pourra en aucun cas être transformé en diplôme de chirurgien-dentiste d'Etat sans que les titulaires soient astreints aux mêmes obligations que les Français.

Veuillez agréer, monsieur le Ministre, l'expression de nos sentiments respectueux et dévoués.

Pour la Fédération dentaire nationale :

Le président,
A. BLATTER.
88, avenue Niel.

Le secrétaire général,
H. VILLAIN.
10, rue de l'Isly.

CORRESPONDANCE

Monsieur,

Vous avez publié dans *L'Odontologie* du 15 décembre 1911 une lettre rectificative de M. Delair, où se trouve page 427, 3e ligne et suivantes, une relation d'une conversation que nous avons eue ensemble, un peu différente de ce qu'elle a été. Je n'en fais pas grief à M. Delair qui n'aura pas retenu exactement la réponse que je lui ai faite et dont la bonne foi reste entière, mais cela n'en constitue pas moins une inexactitude que mes amis pourraient me reprocher si je la laissais passer.

Je copie textuellement le passage en question en soulignant les parties inexactes afin d'en faciliter la rectification :

« Quant à M. Bonnard, il me promit, bien que n'ayant pas qualité » régulière pour cela, de s'entremettre officieusement pour que le » Syndicat fasse trêve avec l'Ecole, *en attendant qu'un terrain d'en-* » *tente soit trouvé. Il acceptait qu'en signe de détente* un délégué » officiel soit envoyé au Congrès de Rouen et promettait à son égard » la plus parfaite courtoisie, délégation dont il avait été parlé entre » MM. Roy, d'Argent et moi ».

J'ai bien *promis* à M. Delair d'engager mes collègues du Conseil d'administration du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France à accepter une trêve en vue de l'Union avec les Sociétés de l'Ecole dentaire de Paris, mais j'ai ajouté :

1° Que si l'apaisement *devait* se faire, ce serait après acceptation du programme de revendications odontologiques du *Groupement* fédéral, et non comme M. Delair me le fait dire : « *En attendant qu'un terrain d'entente soit trouvé* ». Cette phrase implique des concessions réciproques qui ne sont possibles qu'avec des revendications d'ordre secondaires. Mais pour celles qui nous occupent, il s'agit des intérêts primordiaux des dentistes, de questions discutées et admises de multiples fois dans nos Congrès dentaires nationaux de : Marseille (1906), Bordeaux (1907), Angers (1908), Paris (1909), Poitiers (1910), qui le seront encore au Congrès dentaire national de Toulon l'année prochaine et nul ne pourrait, sans manquer aux engagements pris de défendre les intérêts généraux des dentistes menacés par la coalition dentistophage, faire à notre programme quelque retranchement que ce soit. Je n'ai donc pas pu dire : « *En attendant qu'un terrain d'entente soit trouvé* ». A quoi donc auraient servi toutes nos luttes pour la défense d'idées admises aujourd'hui par la majorité des dentistes français si, les premiers, nous devions accepter si bénévolement de les remettre en discussion ?

Nos revendications sont justes, nous devons les défendre jusqu'à leur réalisation complète et si, comme nous le pensons, elles sont bien imprégnées de l'esprit odontologique le plus pur, ceux qui les repousseront ne se classeront-ils pas parmi les adversaires des dentistes ?

Permettez qu'en les reproduisant ici, j'en fasse juge les lecteurs de *L'Odontologie*.

Revendications odontologiques.
Titres universitaires.

Art. 1er. — Diplôme de Bachelier obligatoire pour la délivrance de la première inscription d'étudiant ou d'étudiante en chirurgie dentaire.

Scolarité.

Art. 2. — Maintien de la durée de la scolarité à cinq années dont deux années de stage au laboratoire de Prothèse (décret du 11 janvier 1909).

Art. 3. — Minimum d'âge de seize ans pour commencer les études et conséquemment minimum d'âge de vingt et un ans pour la délivrance du diplôme de Faculté.

Art. 4. — Suppression définitive des équivalences et de toutes dispenses d'âge ou d'examens.

Art. 5. — Obligation absolue pour les étudiants d'assister aux cours théoriques et de participer aux travaux pratiques, contrôle rigoureux des inscriptions.

Enseignement.

Art. 6. — Examens théoriques annuels à la faculté et dans les écoles ; examens pratiques pour les épreuves des cours pratiques et du stage.

Art. 7. — Epreuves pratiques de chirurgie dentaire, de dentisterie opératoire, d'anesthésie et de prothèse au 3e examen.

Art. 8. — Unification de l'enseignement dans toutes les écoles dentaires françaises.

Art. 9. — Nomination de chirurgiens-dentistes comme examinateurs dans les examens de Faculté, interdiction à tout examinateur d'interroger ses élèves.

Titre.

Art. 10. — Maintien du titre de chirurgien-dentiste et création du titre universitaire de docteur en odontologie ou en chirurgie dentaire.

Administration scolaire.

Art. 11. — Interdiction aux écoles dentaires de soigner des malades aisés, admission des malades après enquête sous le contrôle d'une Commission syndicale.

Art. 12. — Interdiction aux écoles de pratiquer la réclame et le racolage des élèves.

Services publics.

Art. 13. — Création de services dentaires dans l'armée de terre et de mer.

Art. 14. — Admission de chirurgiens-dentistes aux concours pour les postes de dentistes des Hôpitaux.

Art. 15. — Inspections dentaires scolaires (Ecoles primaires, normales, lycées et collèges). Opposition absolue à la création de nouvelles Ecoles dentaires ou de Cliniques dentaires.

Législation.

Répression de l'exercice illégal.

Art. 16. — Obligation formelle pour les étrangers d'observer les lois, décrets, circulaires et règlements régissant l'exercice de la profession dentaire (exercice, études, examens, etc...) au même titre que les Français.

Art. 17. — Impôt spécial sur les étrangers exerçant une profession libérale en France (dentistes, médecins, etc...)

Art. 18. — Obligation pour les docteurs en médecine se destinant à la pratique de l'art dentaire, de deux années d'études spéciales sanctionnées par des examens et la délivrance du diplôme de chirurgien-dentiste.

Art. 19. — Application définitive et irrévocable du décret du 11 janvier 1909.

Art. 20.— Expulsion immédiate du territoire français de tout étranger condamné pour exercice illégal de l'art dentaire ou de la médecine.

Art. 21. — Application plus rigoureuse de la loi de novembre 1892.

Art. 22. — Répression sévère de l'exercice de la profession sous un pseudonyme. Interdiction des titres prêtant à une interprétation erronée par le public.

Police.

Art. 23.— Vérification annuelle, par une Commission instituée à cet effet, du fonctionnement des cabinets dentaires (titres et patentes).

Art. 24. — Révision et affichage annuel dans les chefs-lieux de départements de la liste des docteurs en médecine, chirurgiens-dentistes, dentistes et sages-femmes.

Tel est ce programme de revendications odontologiques sur lequel presque tous les Syndicats dentaires de France sont intransigeants.

Enfin je n'ai pas pu « *accepter qu'en signe de détente* » un délégué officiel de l'Ecole soit envoyé au Congrès dentaire national de Rouen, etc... », parce que je ne suis dans nos Groupements qu'une unité comme les autres, sans plus de pouvoir, et que je dois, comme tous nos membres, demander l'avis de la majorité avant d'agir. Il n'y a pas de chef chez nous et seul un chef muni de pouvoirs nécessaires aurait pu engager son groupe. Mais j'ai dit à M. Delair, en réponse à sa question, que je connaissais la courtoisie habituelle des confrères qui fréquentent nos Congrès dentaires nationaux, qu'aucun d'eux n'était capable d'oublier les égards qui sont dus à un visiteur et que si l'Ecole dentaire de Paris envoyait à Rouen un délégué, il pourrait être assuré d'y être bien reçu.

A défaut d'autres engagements, ceux de cet ordre, je les prendrai toujours sans autorisation, persuadé que je suis qu'ils seront tenus par ceux que j'aurai engagés.

Veuillez agréer, monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

12 décembre 1911.

E. Bonnard.

NOUVELLES

Fédération Dentaire Nationale.

M. Blatter, président, et une délégation de la F. D. N., ont été reçus le 12 juin par le directeur de l'Enseignement supérieur, représentant le Ministre de l'Instruction publique, auquel le Bureau avait demandé audience.

La délégation a sollicité une modification au décret du 11 janvier 1909, comportant la possibilité pour les étudiants de faire simultanément la 2e année de stage avec la 1re année de scolarité, ainsi que la modification d'un arrêté ministériel qui admet les étudiants étrangers à postuler le diplôme de chirurgien-dentiste d'Université à l'Université de Nancy pourvu qu'ils aient fait leur stage à l'étranger chez un praticien ou dans une école dentaire. La délégation a exprimé le désir que les écoles françaises soient à cet égard mises sur le même pied que les écoles étrangères.

Nos lecteurs trouveront d'ailleurs la pétition remise au Ministre sur ce dernier point page 553 du présent numéro.

Ecole dentaire de Paris.

A la suite d'un concours et par décision du Conseil d'administration du 10 juin, MM. Guébel et Cadic ont été nommés chefs de clinique d'anesthésie.

*
* *

Le programme de l'enseignement et des conditions d'admission à l'Ecole dentaire de Paris pour l'année 1913-1914 (brochure blanche, 34e circulaire annuelle) vient d'être imprimé.

*
* *

L'annuaire pour 1913 du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'A. G. S. D. F. vient d'être imprimé et est en distribution aux sociétaires.

Monument Claude Martin.

Le monument élevé à la mémoire de Claude Martin au cimetière de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or (Rhône) a été inauguré le dimanche 29 juin courant, à 11 heures du matin, sous les auspices de la Municipalité lyonnaise, qui était officiellement représentée.

L'Ecole dentaire de Paris et l'Association générale syndicale des dentistes de France étaient représentées par MM. Pont et Vichot, de Lyon.

Nouvelle société dentaire.

Suivant statuts adoptés en assemblée constitutive du 6 mars 1913, il s'est formé, sous la dénomination « Association des Spécialistes en Prothèse dentaire », une société coopérative (conformément au titre 27 du C. O.), ayant pour but de réunir tous les spécialistes en prothèse dentaire du canton de Genève, de maintenir et de fortifier entr'eux les bonnes relations d'amitié et de camaraderie, de faciliter la défense de leurs intérêts professionnels. Son siège est à Genève.

Congrès de Moscou.

Le Congrès des chirurgiens-dentistes qui s'est tenu à Moscou le 4 mai dernier a approuvé un projet de création d'instituts dentaires.

1er Congrès pan-américain d'odontologie.

Les Comités suivants viennent de se constituer pour procéder à l'organisation de ce Congrès.

République Argentine. — Nicacio Etchepareborda, Oscar Sommerville, Juan B. Patrone, Jacob Edelberg, Rodolpho Eransquini, Alejandro Cabanne, Antonio Guardo et Pedro Caballero.

Chili. — German Valenzuela, Alejandro Manhood, Labarca Hubertson, A. Concha et Carlos E. Bolton.

Uruguay. — Capella y Pons, John S. Burnett et Emilio Ferrari.

Pérou. — Francisco Gaillourd, Christian Dem, R. Salazar, D. de Castro.

Bolivie. — X. Cusicanqui.

Equateur. — S. Mata.

Cuba. — Leandro J. Canizares, José Roig, A. Diaz, Andres G. Weber, Pedro Calvo, Cirilo A. Yarini et C. Weis.

Venezuela. — Diogo Meza A. Nouel, Carrasquilla, Rafael Tamoyo, Paulo Emilio Herrau, Martin Camacho, Alberto Patiño et Marco Iriarte.

Élève-dentiste faisant de fausses ordonnances.

Tarbes, 14 mai. — Depuis plus de six mois, une dame B..., domiciliée à Tarbes, se faisait délivrer par un pharmacien de la ville des doses de morphine et de cocaïne. A chacune de ses visites à la pharmacie la cliente présentait la carte d'un dentiste sur le dos de laquelle était rédigée l'ordonnance.

Le pharmacien, qui connaissait l'écriture du dentiste, ne pouvait douter de l'authenticité de la signature qui suivait les ordonnances. A la fin, pourtant, pris de méfiance, il résolut de faire part de ses soupçons au dentiste. Ce dernier reconnut bien ses cartes de visite,

mais se défendit énergiquement d'être l'auteur des ordonnances qui portaient son nom. Une enquête immédiatement ouverte, permit d'établir que la dame B... s'était procuré un certain nombre de cartes de visite du dentiste et que les ordonnances étaient rédigées par un complice, un jeune homme employé comme aide dans le cabinet dentaire. C'est cet aide qui imitait l'écriture de son patron.

Une plainte fut déposée et une instruction ouverte par le parquet de Tarbes. On a laissé la dame B... en liberté provisoire en raison de son état de santé déplorable ; elle sera cependant poursuivie pour complicité de faux et usage de faux.

L'aide du dentiste a été écroué à la maison d'arrêt.

(*L'Action*, 15 mai.)

Le service militaire et les chirurgiens-dentistes.

M. Blatter, président de la F. D. N., a été entendu par M. Méquillet, député, auteur de l'amendement que nous avons publié, et par plusieurs autres députés le lundi 16 juin 1913, au Palais-Bourbon. Il leur a exposé les desiderata de la F. D. N. relativement à la situation des dentistes dans l'armée et leur a indiqué sommairement la place faite aux dentistes dans les armées étrangères. M. Méquillet et ses collègues ont promis de soutenir au cours de la discussion des articles, les revendications des dentistes, qui tendent, ainsi que nous l'avons exposé, à ce que ceux-ci fassent leurs 2e et 3e années de service comme *dentistes auxiliaires*.

Distinction honorifique.

Nous apprenons avec plaisir que M. Ricou, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, vient de recevoir les palmes académiques.

Nous lui adressons nos félicitations.

Examens de chirurgiens-dentistes.

La session de juillet pour les examens de chirurgiens-dentistes s'est ouverte le 16 juin à la Faculté de médecine de Paris par l'examen de validation de stage.

Nomination.

Nous apprenons avec plaisir que notre confrère M. Guebel, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être nommé expert près le Tribunal de Senlis.

Nous lui adressons nos félicitations.

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

1er semestre 1913.

TABLE MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

NOTES PRATIQUES

NOUVELLES

RÉUNIONS ET CONGRÈS

REVUE ANALYTIQUE

REVUE DES REVUES

SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRE DE PARIS

TRAVAUX ORIGINAUX

U. F. D. N.

VARIA

NOMS D'AUTEURS [1]

1. Les noms en italiques indiquent les orateurs qui ont pris part aux discussions de la Société d'Odontologie.